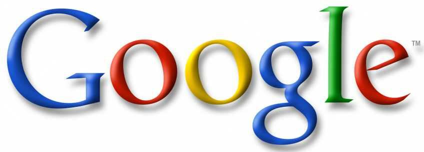


2.

Uterus

Myoom

Ov

1.

Corp lut verum

o abd

Ov.

Nederlandsch tijdschrift voor verloskunde en gynaecologie

Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging, Société royale belge de gynécologie et d'obstétrique


SIGILLVM · VNIVERSITATIS · CALIFORNIENSIS
FIAT LVX
MDCCCLXVIII
EX LIBRIS

NEDERLANDSCH TIJDSCHRIFT

VOOR

VERLOSKUNDE EN GYNAECOLOGIE.

UITGEGEVEN VAN WEGE

de „Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging".

ONDER REDACTIE VAN

Prof. Dr. G. H. VAN DER MEIJ

EN VAN

Prof. Dr. HECTOR TREUB en Dr. G. C. NIJHOFF.

TWEEDE JAARGANG.

HAARLEM,
DE ERVEN F. BOHN.
1890.

INHOUD.

OVER DE BETEEKENIS VAN SOMMIGE LIGGINGS-AFWIJKINGEN DER BAARMOEDER,

DOOR

Dr. G. C. NIJHOFF [1]).

Het komt mij wenschelijk voor, met het oog op de zeer verschillende wijzen van behandeling van liggingsafwijkingen der baarmoeder, na te gaan welke beteekenis gehecht moet worden aan het verschijnsel, dat eene abnormale ligging van de baarmoeder aanwezig is. Ik wensch mij thans te bepalen tot die afwijkingen, waarbij de baarmoeder binnen het kleine bekken blijft en dus de uitzakking van de baarmoeder onbesproken te laten. Eveneens wensch ik mij thans niet uit te laten over de beteekenis, welke aan de vormveranderingen van de baarmoeder moet worden toegekend, en dus zoowel de inversio uteri als de buigingen der baarmoeder in engeren zin, de echte knikkingen stilzwijgend voorbijgaan, terwijl het evenmin in mijn voornemen ligt in te gaan op de stoornissen, door de verandering in ligging van een sterk uitgezette baarmoeder (sc. retroflexio uteri gravidi) veroorzaakt.

Mijn doel is slechts — en het komt mij voor, dat deze vraag een punt van discussie dient uit te maken — na te gaan welke waarde het symptoom *liggingsverandering* der baarmoeder als zoodanig heeft, en welke therapeutische verrichtingen er door worden gerechtvaardigd.

In den tijd, toen men aannam, dat de normale ligging der baarmoeder een zoodanige was, dat daarbij hare as met die van het bekken samenviel, en de portio vaginalis zich bevond in eene lijn, gaande van den onderrand der symphysis pubis naar den derden heiligbeenswervel, was het zeer gemakkelijk eene liggingsafwijking te herkennen en hare waarde aan te geven. Immers men had slechts den hoek te meten, die de baarmoederas met de bekkenas vormde, en deze kon gebruikt worden als maatstaf der grootte van de afwijking, een maatstaf, aan welke niet alleen een anatomische, maar ook een nosologische waarde moest worden toegekend. Van een nosologisch standpunt toch mocht het vrij onverschillig geoordeeld worden, of dan bij het bestaan van een bepaalden graad der afwijking, deze naar voren of naar achteren, naar rechts of links gericht was en was er eigenlijk geen reden om voor een abnormale ligging der baarmoeder een andere oorzaak aan te nemen, dan een onverklaarde en vrijwel onverklaarbare neiging van dit orgaan, om zich anders in het bekken te plaatsen, dan wel behoorde. De veelvuldige en strenge toepassing van het bimanueel onderzoek maakte aan deze of dergelijke

[1]) Naar eene Voordracht gehouden in de Gynaecologische Vereeniging, 18 December 1889.

opvattingen een einde. Wanneer wij ons in herinnering brengen, wat Schultze en zijne leerlingen gedaan hebben, om te trachten den normalen stand der baarmoeder te bepalen en tot eene verklaring te komen van de oorzaken en de beteekenis der liggingafwijkingen, dan gevoelen wij ons vooraf verplicht, oprechte hulde te brengen aan den ijver en de nauwgezetheid bij het onderzoek, de helderheid bij de voorstellingen en het betoog en niet het minst aan den moed om tegen oude en ingewortelde meeningen op te komen. Toch schijnt het mij toe, en hierop kom ik later terug, dat Schultze had moeten komen tot andere consequentien, dat evengoed als door hem de anteversio uteri als pathologisch begrip geschrapt is, hij ook voor de retroflexio uteri een minder ruime plaats, een geringere beteekenis had moeten overlaten, dan hij heeft gedaan.

Na Schultze's verschillende publicatien, vóór alles na de uitgave van zijn boek [1]), en verder na Küstner's onderzoekingen [2]), dienen wij wel het begrip te laten vallen, dat in den engeren zin van het woord van een normale ligging der baarmoeder sprake kan zijn. Zij toch neemt onder verschillende invloeden zoo verschillende standen aan (om bij het ophouden dier invloeden weder die standen te verlaten) dat zonder reserve de sententie van Schultze kan worden onderschreven: *Eene liggingsafwijking van de baarmoeder wordt slechts dan pathologisch*, *wanneer zij min of meer stabiel is.* Men dient hierbij echter wel in oog te houden, dat daaronder *niet* verstaan moet worden, dat dan de baarmoeder steeds en onder alle omstandigheden een vaste ligging aanneemt, dus immobiel is, maar wel, dat zij, hoezeer bewegelijk ook, steeds in een zelfden bepaalden stand terugkeert, die heden dezelfde is als morgen. Wanneer men eene retroflexio-versio uteri wil diagnosticeeren is het niet voldoende éénmaal eene patient nauwkeurig te hebben onderzocht [3]), maar dient men zich te overtuigen, dat niet, zooals dikwijls gebeurt, de baarmoeder heden in retroflexio-versio, morgen in anteversio-flexio ligt.

De eigenaardige instabiliteit in den stand der baarmoeder wordt veroorzaakt door de wijze waarop zij met de nabijgelegene organen en indirect of direct aan het bekken verbonden is. Aan de bovenzijde door peritoneum bekleed, aan de onderzijde op de scheede rustende, is zij onderworpen aan den invloed der intra-abdominale drukking. Door een nu eens meer dan eens minder los bindweefsel over eene vrij groote uitgestrektheid verbonden met de blaas, zal zij voor een deel de bewegingen van deze mede maken, terwijl de invloed der meerdere of mindere uitzetting van het rectum zich minder zal laten gelden, n.l. in dien zin, dat wel sterke uitzetting hiervan de baarmoeder passief van ligging zal kunnen doen veranderen, daarentegen de ontlediging van het rectum, doordat de excavatio recto-uterina zoo ver naar beneden reikt, geen trekking zal veroorzaken, zooals de lediging der blaas wèl doet. Bovendien wordt de baarmoeder door de ligamenta lata en rotunda naar de beide zijden en naar voren eenigermate in hare bewegingen belet, terwijl op spierbundels gelijkende deelen van de ligamenta sacro-uterina, die de exca-

---

[1]) Die Pathologie und Therapie der Lageveränderungen der Gebärmutter 1881.

[2]) Normale und pathologische Lagen und Bewegungen des Uterus 1885.

[3]) Natuurlijk geldt dit niet van een uterus fixetus.

vatio recto-uterina begrenzen, (de M.M. retractores uteri Luschka) zeer zeker hunnen invloed laten gelden om, daar zij overgaan in het onderste gedeelte van de baarmoeder, te maken, dat de portio-vaginalis zich niet al te ver van den achterwand van het bekken verwijdert. Deze verschillende verbindingen hebben een eigenaardig karakter gemeen: zij zijn *rekbaar* maar tegelijkertijd *elastisch*. Pathologische afwijkingen in den stand der baarmoeder moeten in laatste instantie geweten worden òf aan insufficientie van de onderlaag waarop de baarmoeder steunt, òf aan te groote rekbaarheid, te geringe elasticiteit van alle of van sommige der verbindingen van de baarmoeder, òf aan te geringe rekbaarheid dier verbindingen en het ontstaan van nieuwe, die evenzoovele beletselen voor de normale bewegelijkheid der baarmoeder vormen.

Van dit standpunt beschouwd, valt het dus gemakkelijk twee groote groepen van liggingsafwijkingen te onderscheiden, n.l. die, waarbij de baarmoeder pathologisch is gefixeerd, en die waarbij de normale verbindingen insufficient zijn: twee groepen, welker strenge scheiding zoowel van een aetiologisch als van een therapeutisch standpunt mij dringend gewenscht voorkomt.

Wanneer wij thans vragen welke beteekenis aan de verschillende vormen van liggingsafwijkingen moet worden toegekend, dan is voor sommige deze vraag uiterst gemakkelijk te beantwoorden. Dat bij den *prolapsus uteri* het steunapparaat insufficient is, behoeft ter nauwernood te worden vermeld; slechts zou het de vraag kunnen zijn of niet sommige gevallen moeten geweten worden aan een anatomische afwijking, die, nosologisch beschouwd, misschien met die, bij herniae voorkomende, overeenstemt, terwijl in de overgroote meerderheid op de bekende wijze, door stoornissen in de continuïteit bij de baring ontstaan, zich eerst de retroversie, dan de descensus en eindelijk de prolapsus uteri ontwikkelt.

Eveneens is het gemakkelijk het karakter van de pathologische anteversio-flexio uteri te bepalen. Dit ligt niet in de ligging als zoodanig, maar in de *verminderde* bewegelijkheid der baarmoeder, eene verminderde bewegelijkheid, die kan zijn ontstaan òf doordat het losse bindweefsel, dat voor de baarmoeder gelegen is, tengevolge van parametritis in een stijve massa is veranderd, òf doordat aan de achterzijde de ligamenta sacro-uterina, eveneens onder den invloed éener parametritis, door Schultze als parametritis posterior gedefinieerd, zijn geschrompeld en beletten, dat de portio vaginalis zich behoorlijk naar voren beweegt. In beide gevallen is het niet de baarmoeder, die uit zich zelve eene abnormale ligging heeft aangenomen, maar was de omgeving ziek, hebben wij te doen met de gevolgen eener ontsteking van het bekkenbindweefsel, dienen wij daarin het wezen der afwijking te zien, en doen wij verstandig met Schultze en Küstner niet langer van anteversio uteri te spreken, maar van chronische parametritis anterior of posterior al naar mate de verbinding van het corpus uteri aan de voorzijde, of van den cervix uteri aan de achterzijde te strak is. Het aangrijpingspunt der therapie moet ook daarin gelegen zijn: wij moeten trachten de strakke banden losser te maken, ten einde op *die* wijze de normale bewegelijkheid der baarmoeder terug te erlangen.

Hetzelfde geldt van de zijdelingsche afwijkingen der baarmoeder. Wan-

neer de portio vaginalis naar de eene of andere zijde is afgeweken en niet zonder moeite naar den anderen kant kan worden bewogen, zal zij òf naar die zijde zijn gedrukt door een exsudaat of een tumor [1]), òf daarheen zijn getrokken door litteekenvorming in het parametrium. Ook hier zal casu quo de parametritis met hare gevolgen het punt zijn, dat bij de therapie het meest in het oog dient te worden gehouden.

Daarentegen is het à priori niet gemakkelijk te bepalen welk karakter aan de retroflexio uteri moet worden toegekend, ja ligt hier juist het gebied, waarover gestreden wordt. Immers de retroflexio is een stand der baarmoeder, die niet in de meerderheid der gevallen wordt aangetroffen, en — ik voeg er dit onmiddellijk bij — in de meeste gevallen niet zonder stoornissen. Daarbij komt, dat de verschillende momenten die een abnormalen stand der baarmoeder veroorzaken, bij deze afwijking worden aangetroffen en dat in de meeste gevallen de baarmoeder zelve niet normaal is, terwijl klachten van den meest verschillenden aard, zoowel functien betreffende, van organen met de baarmoeder anatomisch verbonden, als van die, welke ver afgelegen zijn, niet zelden de aanleiding geven tot een onderzoek van de genitalia der lijderes.

Hier vooral komt het mij allernoodzakelijkst voor streng van elkander te onderscheiden die gevallen, waar de baarmoeder gefixeerd ligt en die, waar de baarmoeder bewegelijk in het kleine bekken gevonden wordt. De *gefixeerde* geretroverteerde baarmoeder is een product van een vroeger voorafgegane, misschien nog niet afgeloopen ontsteking, die in hoofdzaak het sereuse bekleedsel der bekkenorganen en deze zelve heeft getroffen. Wanneer een dergelijke *perimetritis*, onverschillig of zij van puerperalen of van gonorrhoïschen oorsprong is, chronisch wordt, of wel tot rust komt, dan ontstaan vergroeiingen tusschen naast elkander gelegen plekken van het bekkenperitoneum, die aanleiding geven, dat de verschillende bekkenorganen ten opzichte van elkander minder, soms zelfs geheel onbewegelijk worden. Is het wonder, dat dàn in de meeste gevallen juist eene retroflexio-versio uteri ontstaan, wanneer wij nagaan, hoe juist de achtervlakte der baarmoeder geheel met peritoneum is bekleed? Maar een dergelijke perimetritis bepaalt zich niet tot de baarmoeder of tot hare naaste omgeving: niet zelden is het zelfs niet de baarmoeder die het uitgangspunt eener dergelijke ontsteking vormt, maar zijn het de tubae of de ovarien, soms zelfs andere organen (rectum), die primair aangedaan, langs de continuïteit of de contiguïteit het peritoneum in de ontsteking hebben doen medelijden. Daarom vinden wij in gevallen, waar eene geretroverteerde baarmoeder gefixeerd is, bijna steeds de andere bekkenorganen niet normaal. Van deze vormen geldt ongeveer hetzelfde als van de anteversio-flexio of de latero-versiën en flexien van den uterus: de afwijking in den stand der baarmoeder is van secundairen

[1]) Men zal mij ten goede houden, dat ik die gevallen stilzwijgend voorbijga, waar het secundaire karakter der liggingsafwijking *te* duidelijk op den voorgrond treedt, daar ik niet geloof, dat iemand *daaraan* ook maar eenige beteekenis zal hechten, wanneer zij b. v. wordt veroorzaakt door een ophooping van vocht in de buikholte, een ovariaaltumor of een fibroom. Bij de diagnose zal natuurlijk allereerst op dergelijke momenten gelet worden of gelet moeten worden.

aard: slechts is het hier meestal niet eene *parametritis*, maar eene *perimetritis* die de schuld der afwijking draagt, Al is het niet gemakkelijk steeds para- en perimetritis van elkander te onderscheiden, daar het bekkenbindweefsel niet normaal blijft, wanneer het bekkenperitoneum ontstoken is, en omgekeerd bij parametritis wederom, zoowel het weefsel der baarmoeder zelf, als het sereuze vlies, dat haar bekleedt, worden aangedaan: toch komt het mij èn met het oog op het verschil in aetiologie, dat meestal bestaat, èn met het oog op de gevaren, vooral bij perimetritis, aan ondoordacht therapeutisch ingrijpen verbonden, noodzakelijk voor nog steeds de beide vormen van ontsteking streng te scheiden.

De beteekenis eener retroflexio uteri fixata schijnt mij dus toe gelegen te zijn in het proces dat er aanleiding toe gegeven heeft, in de chronische perimetritis. Dat deze van secundairen aard zou zijn, dat de baarmoeder na langen tijd achterovergelegen te hebben, aanleiding zou geven tot adhaesive ontsteking der serosa, dus gaandeweg een retroflexio-uteri mobilis in eene retroflexio uteri fixata zou overgaan — ik geloof, dat voor deze opvatting elk bewijs ontbreekt en dat zij in strijd is met de waarneming, die men elken dag kan doen, dat achteroverbuigingen der baarmoeder, die waarschijnlijk aangeboren zijn, bij virgines, na jaren lang bestaan, niet de minste stoornis in de bewegelijkheid doen waarnemen.

Anders is het met de retroflexio-versio uteri mobilis. Hier wordt de baarmoeder niet te veel, eerder te weinig gefixeerd, bestaat eene primaire of secundaire insufficientie van het steunapparaat. Van de retroflexio-uteri mobilis is het niet moeilijk twee vormen te onderscheiden. Wanneer eene moeder van verscheidene kinderen, klaagt over een gevoel van drukking en volheid in het kleine bekken, moeilijke defaecatie, veelvuldige en pijnlijke urineloozing en tevens mededeelt, dat de menses te rijkelijk vloeien, in de intervallen een min of meer sterke fluor albus aanwezig is, dan vinden wij dikwijls bij het onderzoek de baarmoeder achterovergekanteld. Maar de baarmoeder zelf is niet normaal. De portio vaginalis is gezwollen en niet zelden geërodeerd. De lengte der baarmoeder is evenals hare breedte toegenomen, de wijdte van het halskanaal laat dikkere sonden door dan gewoonlijk, het slijmvlies bloedt bij aanraking en laat bij een fijn onderzoek met de sonde soms oneffenheden onderscheiden, terwijl dit onderzoek, ook wanneer het subtiel verricht wordt, in den regel pijn, en wel eene pijn, die in den rug uitstraalt, veroorzaakt. Bovendien bestaat meestal wat uitpuiling van den voorsten, zoowel als van den achtersten vaginaalwand en is de vulva niet gesloten, maar gapend tengevolge eener niet of slechts gedeeltelijk genezen ruptura perinei.

Daarentegen vinden wij in andere gevallen: bij eene anaemische, niet zelden hysterische jonge vrouw, die òf niet gehuwd, òf kinderloos is, de achterovergekantelde baarmoeder klein, de portio vaginalis smal, lang en conisch (Tapirschnauze), en daarbij de voorwand der scheede opvallend kort en weinig rekbaar. Het optreden van, dikwijls zeer gecompliceerde nerveuse verschijnselen tijdens de puberteit, het afwisselende karakter van deze, het uiterlijk voorkomen der dikwijls slecht ontwikkelde personen, doen denken aan eene stoornis in de ontwikkeling, in tegenstelling met de gevallen zooeven genoemd, waar meestal vóór

een der plaats gehad hebbende bevallingen de vrouw geene klachten had. Al zou men, en gedeeltelijk terecht, ook den korten voorwand der vagina als een te groote fixatie der baarmoeder kunnen beschouwen, toch zijn ook deze gevallen van retroversio uteri te gemakkelijk te reponeeren, dan dat zij tot de gefixeerde mogen gerekend worden, is bovendien zeer zeker de werking der mm. retractores uteri onvoldoende.

In hoofdzaak vinden wij dus bij de retroversio uteri (al of niet met retroflexio samengaande):

1°. fixatie door ontstekingen in den omtrek der baarmoeder;

2°. insufficientie der verbindingen van den uterus;

a) bij eene baarmoeder, die de duidelijkste teekenen van gebrekkige involutie, of van chronische endometritis vertoont;

b) onder omstandigheden, die aan een algemeene ontwikkelingsstoornis doen denken.

Hoewel het buiten mijn bestek ligt, moet ik toch met een paar woorden van de knikkingen der baarmoeder melding maken, ten einde geen misverstand te doen ontstaan, door het gebruik maken der uitdrukkingen ante- en retroflexio uteri. Als buigzaam orgaan, dat zijn zachtste en meest buigzame gedeelte heeft daar, waar de cervix in het corpus uteri overgaat, zal een wisselende knikking aan den normalen uterus eigen zijn, daarentegen zoowel een verminderde bewegelijkheid van het lichaam tegenover den hals der geknikte baarmoeder, als te groote strakheid van het geheele orgaan als pathologisch moeten worden beschouwd. Een schrompeling van een gedeelte van den baarmoederwand nu, zal evengoed als een pathologische vergrooting van een ander gedeelte (fibromyomen in den wand, slechte involutie van de insertieplaats der placenta (?)), tot knikking aanleiding kunnen geven en deze knikking zal wederom secundair tot plaatsverandering kunnen leiden indien door den veranderden vorm het evenwicht tusschen de verschillende steunapparaten verbroken wordt. Dat de liggingsverandering dan bijzaak. de vormverandering als symptoom eener ziekelijke afwijking van de baarmoeder hoofdzaak is, is duidelijk en wordt goed geïllustreerd door eene waarneming van Schultze, die na wegname van een tumor aan de voorzijde van den baarmoederwand de retroflexio in eene anteflexio zag overgaan.

Zijn nu sommige verschijnselen aan de achteroverkanteling der baarmoeder als zoodanig eigen?

Waar in de meeste gevallen bij het bestaan eener retroversio-flexio òf perimetritis met adhaesien tusschen verschillende bekkenorganen, òf eene subinvolutio uteri, eene endometritis, zoo men wil eene metritis chronica aanwezig is, òf het aangeboren zijn der afwijking doet vermoeden, dat ook wel de ovarien niet normaal zullen zijn (laat intreden der spaarzame menses) zou men er aan gaan twijfelen of werkelijk de retroflexio-versio zelf symptomen veroorzaakte. Schultze acht dezen twijfel ongerechtvaardigd. «Die Complicationen sind am häufigsten die nächsten Ursachen der Symptome, aber diese Complicationen sind Folge der Retroflexion.» Volgens hem wordt, door de toelichting, die aan deze uitspraak voorafgaat, ook beantwoord: «die früher viel erörterte Frage, ob die Retroflexion oder deren Complicationen Ursache der die Lageveränderung so häufig begleitenden Symptome sind». Ik zou mij eerder willen aansluiten

aan het tegenovergestelde gevoelen, dat Martin van de verschillende schrijvers het scherpst formuleert: Diejenigen Erscheinungen, welche als ganz besonders den Retroflexionen eigenthümlich angesehen werden, die Rückwirkung auf die Nervengeflechte an der vorderen Wand des Kreuzbeines und dadurch bedingtes Unvermögen zum Gehen und Stehen, gehören viel häufiger nicht zur Retroflexion als solcher, als zu einer Perimetritis, die gleichzeitig besteht und aus demselben Wochenbette stammt wie die Deviation des Uterus. Ihr Einfluss unterstützt dann allerdings die Retreflexion wesentlich.... Neben solchen Fällen, in denen die Symptome der Rückwärtslagerung des Uteruskörpers entschieden ausgesprochen sind, besteht eine nicht geringe Zahl derartiger Deviationen, ohne dass sie auch nur die geringsten Beschwerden machen. Nur das Hinzutreten von Katarrhen oder anderweiter Erkrankungen bedingt Befindensstörungen, die zur Untersuchung und zur Constatirung der Retroflexion führen. Het komt mij voor dat deze «katarrhen» of «anderweite Erkrankungen» bij een niet gekantelde baarmoeder ook wel «Befindensstöringen» zullen veroorzaken.

Wanneer wij bij het bestaan eener retroflexio uteri klachten vernemen, hetzij menorrhagie, hetzij fluor albus, hetzij drukverschijnselen op de blaas, het rectum of den plexus sacralis, moeten wij allereerst naar complicatiën zoeken. Bestaan deze, dan moet aan hen de functiestoornis geweten worden. Maar daarmede zijn wij nog niet van de vraag af.

Immers ook Schultze schrijft de klachten aan de complicatien toe maar beschouwt deze zelf als gevolgen der kanteling. Dat daar, waar perimetritis heeft geleid tot vergroeiingen, de liggingsafwijking van secundairen aard is — qua talis niet veel meer dan een symptomatische waarde heeft — kan zelfs Schultze niet betwisten; maar ook bij den meest voorkomenden puerperalen vorm der retroflexio zou ik niet aan deze de grootste waarde willen zien toegekend, maar wel aan de gebrekkige involutie der baarmoeder, de chronische endometritis (voor een groot deel waarschijnlijk onderhouden door het niet gesloten zijn der vulva, het daardoor blootgesteld zijn der vagina en cervix uteri aan allerlei schadelijke agentia) grooteren invloed willen toeschrijven op het tot stand brengen van het symtomencomplex, dan aan eene afwijking in den stand, die zonder chronische katarrh, zonder aanzwelling van de baarmoeder zoo dikwijls zonder symptoom verloopt. M. i. moet aan de meerdere grootte en zwaarte van den uterus worden toegeschreven, dat het bandapparaat verslapt. Een overvulde blaas zal het corpus uteri naar achteren dringen, een vergroot corpus uteri zal minder gemakkelijk weder den vroegeren stand innemen, dan een dat niet vergroot is; door de volumineuse portio vaginalis, die door den achterwand der scheede naar voren wordt gedrukt, zal een voortdurende rekking op de mm. retractores uteri kunnen ontstaan, die tot verslapping aanleiding geeft. Een primaire verslapping dezer banden, waardoor het evenwicht der baarmoeder verstoord wordt, zou ik dan willen aannemen voor die vormen, waar de klachten hunnen aanvang nemen in de puberteit, geene ziekelijke afwijking der baarmoeder bestaat en evenmin een palpable aandoening der adnexa te vinden is. Het blijft dan nog de vraag of deze verslapping der banden niet een deel uitmaakt van algemeene spierzwakte en of de reflexverschijnselen op verwijderde

zenuwgebieden niet aan eene algemeene verhoogde irritabiliteit zijn toe te schrijven, die hare oorzaak wellicht vindt in een slechte bloedsmenging, welke laatste wederom aan ongunstige hygienische verhoudingen (weinig beweging, weinig frissche lucht, overlading met intellectueelen arbeid, toediening van te sterk voedende, te veel prikkelende spijzen, te weinig drinken) haar ontstaan kan te danken hebben. Het zou mij te ver voeren, indien ik op deze vraag dieper inging, hare beteekenis zal blijken bij de bespreking der therapie.

De grondslag onzer therapie wordt, naar ik meen, door het voorafgaande vrijwel aangegeven. De retroflexio uteri is niet eene aandoening qua talis, die na repositie genezen is — eene repositie die nu eens meer, dan eens minder gemakkelijk is, terwijl het behoud van den daarna verkregen normalen stand met meer of minder moeilijkheden gepaard gaat. Zóó eenvoudig is meestal de zaak niet. Het zoude een dwaasheid zijn te willen ontkennen, dat de repositie, gevolgd door het aanleggen van één welgekozen pessarium, dikwijls niet een der gelukkigste therapeutische handelingen is, welke de medicus kan verrichten, en Schultze heeft zich ook hierin weder zeer verdienstelijk gemaakt, door te leeren hoe de repositie door middel van gecombineerde handgrepen, zoo noodig in narcose, moet en kan verricht worden. Echter komt het mij voor, dat juist deze gelukkige gevallen die zijn, waar, zonder dat eene andere pathologische afwijking bestond, door de kanteling de veneuse bloedafvoer uit de baarmoeder werd belet, door de repositie de circulatie werd hersteld, de baarmoeder kleiner werd en drukking op naburige organen werd opgeheven.

Daarentegen moet, dunkt mij, in de meeste gevallen de retroflexio uteri worden beschouwd als een symptoom, niet als de causa morbi. Allereerst moeten complicatiën (lees primaire afwijkingen) behandeld worden. Het aangrijpingspunt onzer therapie ligt dikwijls buiten de baarmoeder, is dikwijls de *zieke* baarmoeder. Indien ik dit aan de hand der genoemde typen mag toelichten, zou ik dit op de volgende wijze willen doen. Wanneer de baarmoeder achterover en gefixeerd ligt, hangt het van den toestand der omgeving af, welke therapie moet worden aangewend. Ligt zij in een exsudaatmassa, uit welke de verschillende bekkenorganen niet kunnen worden herkend, dan moet men naar resorptie van deze streven, zal later wellicht massage kunnen worden aangewend, doch zij men met deze uiterst omzichtig, verrichte haar vooral niet wanneer men reden heeft te denken, dat een purulent exsudaat daardoor kan worden verspreid, hetwelk peritonitis kan veroorzaken. De onheilen door ontijdige massage der bekkenorganen veroorzaakt, die niet eens alle vernomen worden, doen de haren te berge rijzen. Zijn de ovarien, zijn de tubae aangedaan, en meent men met reden, aan deze een deel van het symptomencomplex te kunnen toeschrijven, dan zal wegname der adnexa zijn aangewezen. Of men daarna nog òf het corpus òf de cornua uteri aan den voorsten buikwand hecht, is dunkt mij van geringe beteekenis; ik voor mij zou meer waarde hechten aan het losmaken van oude adhaesien en den gunstigen invloed dien de laparotomie op eene oude perimetritis kan uitoefenen (door jodoform, of door wegname van hetgeen irriteert?), dan aan het maken van nieuwe, waarbij de baarmoeder wordt gefixeerd in een stand, dien men wel den normalen kan noemen, maar die toch alles

behalve de normale is. In geen geval heeft men het recht om, zooals o. a. Leopold doet, eene operatie, waarbij hij beide ovarien en de tubae wegneemt, de baarmoeder uit oude adhaesien losmaakt en haar ten slotte aan den voorsten buikwand bevestigd, te betitelen: Annähung der Gebärmutter, Ventrofixatio uteri en te beschouwen als een, waardoor retroflexio uteri genezen wordt. Indien men echter geen reden meent te hebben om de adnexa van den uterus sterk te verdenken, doch tengevolge eener peri- of parametritis, die reeds lang tot rust is gekomen, strengen voelt die de baarmoeder fixeeren (hierbij is het tamelijk onverschillig of zij naar achteren of meer naar de zijde gefixeerd wordt) dan zullen deze strengen moeten worden losgemaakt, een doel, dat nu eens zal kunnen worden bereikt door eenvoudige massage, dan eens zal noodig maken, dat men de vrouw in narcose brengt en de strengen met kracht losmaakt, eene wijze van handelen, die door Schultze terecht zeer wordt aanbevolen, doch die *niet* is eene algemeene therapie in alle gevallen van fixatio uteri, maar slechts *mag* verricht worden, waar geen vrees behoeft te bestaan, dat een niet geheel afgeloopen perimetritis recidiveert.

Dit wat aangaat de retroflexio uteri fixata. Wanneer daarentegen de repositie der baarmoeder gemakkelijk is, doch bij een volgend onderzoek de baarmoeder weder achterover ligt, hebben wij eene retroflexio uteri mobilis voor ons. Betreft het geval eene vrouw, die na een puerperium klachten heeft geuit, waar wij wegens menorrhagien en drukverschijnselen worden geraadpleegd; vinden wij den achterovergelegen uterus vergroot, de portio vaginalis gezwollen, geerodeerd, het endometrium bloedend bij aanraking en pijnlijk, is de vulva gapend, het perineum defect, dan moeten wij niet een pessarium appliceeren maar allereerst de endometritis cureeren en door een eenvoudige plastische operatie de natuurlijke sluiting der scheede weder tot stand brengen. Blijven dan nog klachten bestaan (hoe dikwijls verdwijnen ze echter niet?), blijft de baarmoeder vergroot, dan kunnen wij thans een pessarium nemen, dat meestal weinig gecompliceerd behoeft te zijn, al geeft dat van Thomas, met sterke buiging en dikken beugel aan de achterzijde m. i. beter steun dan eenig ander.

Wat moeten wij doen bij den anderen vorm der retroflexio uteri mobilis, die, meestal met steriliteit gepaard gaande, nulliparae of virgines treft, grootendeels anaemische personen, met spierzwakte en zenuwprikkelbaarheid behebt? Chronische metritis of endometritis ontbreekt hier, doch het komt mij voor, dat, ten minste bij virgines, alvorens tot mechanische therapie, zelfs tot massage over te gaan verandering der levensverhoudingen moet worden aangeraden. Gymnastiek, wandelen, veel drinken, slappe kost, vermijding van alle excitantia kunnen bij eene jonge dame, die voor een examen werkt, misschien in de pharmacie of in de medicijnen studeert, wonderen doen. Locale therapie sticht hier dikwijls meer kwaad dan goed: massage wekt de geslachtsdrift bij deze patienten al te zeer op, applicatie van een pessarium kan tot onanie leiden. Blijft de toestand onveranderd zonder locale therapie, heeft de patient zich reeds sedert lang aan masturbatie overgegeven of is zij gehuwd, dan moet, dunkt mij, de versterking van het natuurlijke steunapparaat worden beoogd, alvorens het op nonactiviteit te stellen door een mechanisch stutsel.

Dan komen electrotherapie en massage in aanmerking, bij een steriel gehuwde vrouw allicht ook behandeling van de baarmoeder, als deze een col tapiroïd heeft, of een stenose aan een der beide ostia doet ontdekken, en zoude ik een pessarium willen aanleggen *nadat* gedurende eenigen tijd op deze wijze vergeefs hulp verleend was, en ook dan niet als uitsluitend hulpmiddel, maar gepaard aan beweging in de frissche lucht, regeling van den stoelgang willen aanwenden.

Er blijven gevallen over, waar noch eenige andere therapie, noch applicatie van een pessarium helpt. Wat men ook doet, welken vorm van pessarien men ook beproeft, steeds is de uterus reponibel, steeds komt zij weder in haar ouden stand terug. *Waar* moet nu de steun gevonden worden, die men in een pessarium te vergeefs heeft gezocht? Voor eenige jaren veroorzaakte eene operatie door Alexander, een Amerikaansch gynaecoloog aanbevolen, door den Franschman Alquié reeds te voren voorgesteld, niet geringe opschudding. Bij insufficientie van het steunapparaat der baarmoeder, hetzij deze retroflexie, hetzij deze prolaps veroorzaakte, zou verkorting der ligamenta rotunda als panacée werken. Door deze op te zoeken, voor den dag te halen en aan te trekken zou de baarmoeder een gewenschten stand verkrijgen, die behouden kon worden door de ligamenta in de wond vast te hechten. Uit de berichten over deze operatie van verschillende zijden ingekomen, blijkt dat de eerste voorwaarde: het vinden der ligamenta rotunda niet steeds vervuld kon worden, terwijl na eenigen tijd de baarmoeder weder in een abnormalen stand schijnt te komen. Rationeeler is het zeer zeker in deze gevallen de ventrofixatie te verrichten. Het komt mij voor dat daar, waar eene retroflexio uteri mobilis aanleiding geeft tot het verrichten dezer operatie, geen reden bestaat om, zooals Fritsch wil, haar steeds te combineeren met de castratie. Maar dan mogen ook niet, zooals eerst werd gedaan, de cornua uteri of de ligamenta lata aan den buikwand gehecht worden, waardoor men afsluiting der tubae en steriliteit verkrijgt, maar moet steeds de fundus uteri, nadat de serosa een weinig is afgeschaafd, door één of meer hechtingen aan den buikwand worden bevestigd. Het spreekt van zelf, dat deze meer ingrijpende operatie des te eerder kan worden voorgesteld en verricht, naarmate langer lijden, grootere verscheidenheid van behandeling is voorafgegaan De consuleerende gynaecoloog zal eerder eene ventrofixatie verrichten, deze in een grooter procentgehalte zijner gevallen noodig achten, dan de practicus, die recente gevallen ziet, nog maagdelijk ten aanzien der therapie.

Naar ik meen kan, hetgeen ik trachtte te betoogen in enkele stellingen worden samengevat.

I. Liggingsafwijkingen der baarmoeder zijn veeltijds van secundairen aard, afhankelijk òf van aandoeningen in den omtrek òf van een ziekelijken toestand der baarmoeder zelve. Dit geldt ten volle voor de voor- en zijwaartsbuigingen, gedeeltelijk voor de achterwaartsbuiging.

II. De symptomen, die worden aangetroffen, wanneer eene liggingsafwijking der baarmoeder bestaat, hangen bijna steeds af van de ziekelijke afwijkingen die haar vergezellen.

III. De therapie wordt door deze ziekelijke afwijkingen beheerscht. Met

genezing van deze gaat meestal òf de ligginsafwijking zonder opzettelijke therapie voorbij, òf zij blijft voortbestaan zonder tot klachten of functiestoornissen aanleiding te geven.

IV. Ten einde verwarring te voorkomen is het van het grootste gewicht de gefixeerde van de bewegelijke vormen van retroflexio uteri te onderscheiden; verdient het aanbeveling bij de nomenclatuur *niet* de abnormale ligging op den voorgrond te stellen.

V. Met mechanische therapie, na vergeefsche behandeling der complicatien niet slagende, worde de ventro-fixatie bij bewegelijken uterus, zonder castratie met aanhechting van den fundus uteri aan den buikwand verricht.

IETS OVER HET HAEMATOMA VULVAE TRAUMATICUM,

DOOR

H. TEN CATE HOEDEMAKER,

Arts, Assistent der gynaecologische kliniek te Amsterdam.

Zooals bekend is zijn de haematomen der uitwendige geslachtsdeelen zelden en komen zij bijna uitsluitend tijdens de baring of in het kraambed tot stand. Bij het puerperale haematoom ontstaat de vaatverscheuring gewoonlijk in het onder de mucosa der vagina gelegen celweefsel en zakt het bloed van lieverlede in het labium majus of naar het perineum af. Scheurt een vat in dat gedeelte van het submuceuse celweefsel, dat gelegen is tusschen de fascia pelvis en het perineum, zoo kan het bloedextravasaat over een groote uitgebreidheid in het subsereuse celweefsel, en de fossa iliaca volgende tot in de nierstreek zich uitstrekken.

Wat de oorzaak der vaatverscheuring is, blijft in de meeste gevallen in het onzekere. Snelle doordrijving van het hoofd door de natuurkrachten of uithaling van het hoofd met den forceps kan in vele gevallen met grond als de oorzaak van de verscheuring der door stuwing sterk overvulde venae worden beschouwd. In andere gevallen daarentegen week het verloop der baring in geen enkel opzicht van het normale af en kon geen verklaarbare reden gevonden worden voor de vorming van den thrombus vaginae. Het meest waarschijnlijk ontstaat de bloeduitstorting, wanneer de mucosa bij het doortreden van het hoofd snel over het submuceuse celweefsel wordt verschoven en de daarin verloopende bloedvaten die rekking niet voldoende volgen kunnen. In elk geval is overtuigend gebleken dat eene variceuse verwijding van de venae der vaginaalwanden of van de uitwendige genitaliën geen voorbeschikking tot het optreden van haematoma oplevert.

In nagenoeg alle gevallen van haematoma of trombus vaginae s. vulvae wordt toch uitdrukkelijk vermeld dat van variceuse uitzetttingen der venae geen sprake was, terwijl omgekeerd in de zeker niet zeldzame gevallen van varices der in- en uitwendige genitaliën slechts hoogst zelden bersting dier varices optreedt.

Het traumatische haematoom der vulva is nog zeldzamer dan het puerperale. Winckel[1]) zegt «im Ganzen beobachtete ich 5 Vulvahaematome dieser Art».

De ligging der uitwendige geslachtsdeelen, die grootendeels tusschen de dijen verborgen zijn, beschut deze deelen voor de inwerking van mechanische beleedigingen. Maar zelfs dan wanneer bij van elkander verwijderde dijen de uitwendige geslachtsdeelen meer bloot komen te leggen zal het insult zeer groot moeten zijn om eene bloeduitstorting teweeg

[1]) Lehrbuch der Frauenkrankheiten, Leipzig 1886, S. 59.

te brengen, daar de in de schaamlippen verloopende bloedvaten bij gemis aan een harde, beenige onderlaag gemakkelijk voor den druk kunnen uitwijken. Onder bijzondere omstandigheden, bijv. bij atheromateuse ontaarding der vaten, bij sterke variceuse uitzetting kan intusschen reeds bij een geringer inwerkend geweld, dat de genitaalstreek treft, een bloeduitstorting ontstaan.

Meestal ontstaat het haematoma vulvae traumaticum ten gevolge van een schop of slag op de genitaalstreek of doordien de vrouw met vaneengeweken dijen met de vulva op een hard voorwerp valt. Zoo verhaalt Ligterink[1]) hoe eene vrouw met het perineum op den neus van een klomp viel, waarna het rechter labium majus spoedig tot bijna vuistgrootte aanzwol. Enkele gevallen zijn medegedeeld, waarin de bloeduitstorting optrad na een met grooten impetus uitgevoerden coitus.

Himmelfarb[2]) vermeld een geval van haematoma vulvae, dat wat de oorzaak van ontstaan betreft, eenig in zijn soort mag heeten. Pat., een robuste russische boerin, vertoonde aan de linker groote schaamlip een sterke zwelling, die een week te voren plotseling was ontstaan. Eerst na lang ondervragen bekende pat. dat zij toen den coitus had uitgeoefend «mit ihrem angeheiterten Liebhaber; dieser, mit dem Beischlaf nicht ganz befriedigt, biss nach dem Coitus die Kranke in das untere Drittel der linken Schamlippe».

Het schijnt dat het haematoma vulvae ook kan ontstaan zonder eenige beleediging der uitwendige genitaliën. Zoo nam v. Franque een geval van haematoom van het labium majus waar bij eene oude vrouw, die nooit gebaard had en waar geen andere oorzaak te vinden was, dan sterk persen bij de ontlasting. In zijn «Lehrbuch der Frauenkrankheiten» (S. 59) vermeldt Winckel, dat Gempe een haematoom waarnam bij een 20jarige ziekenoppasseres, die dikwijls zware zieken had te tillen.

Het niet puerperale haematoom blijft gewoonlijk klein, daar in niet zwangeren toestand der vrouw de bekkenfasciën dichter aaneen en aan de vaginaalwanden zijn gelegen en het weefsel minder succulent, derhalve vaster en strakker is. Bovendien is de bloedsrijkdom een veel minder groote dan tijdens de zwangerschap of het kraambed. Om deze reden bereikt het traumatische haematoom slechts hoogst zelden eene aanmerkelijke grootte en strekt zich het bloedextravasaat niet tusschen de vagina en den bekkenwand uit, zooals dit bij het puerperale haematoom doorgaans wordt waargenomen.

Het traumatische haematoom treedt meestal met heftige snijdende of borende pijn op, die naar de lendenen, de dijen en de stuit uitstraalt en soms zoo heftig is, dat pat. zich niet kan bewegen. In enkele gevallen daarentegen bestaat aanvankelijk slechts een onaangenaam gevoel van jeuken en steken en wordt eerst over pijn geklaagd, wanneer met de uitbreiding van het bloedextravasaat de bedekkende huid of mucosa sterk gespannen wordt. Het bloedextravasaat vormt een scherp omschreven tumor met blauwroode, doorschijnende oppervlakte die dikwijls sugillaties en de sporen van het insult vertoont, sterk gespannen en zeer pijn-

1) Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde N°. 14. 1889. p. 390.
2) Centralblatt für Gynaekologie N°. 9. 1888. S. 129.

lijk is. Meestal kan fluctuatie niet worden waargenomen, deels ten gevolge van de sterke spanning, deels ook door de celvormige tusschenschotten van het subcutane of submuceuse bindweefsel. Door de sterke zwelling van het labium majus wordt de rima vulvae ter zijde verschoven en kan de introitus vaginae geheel zijn afgesloten. Soms is door de zwelling de urineloozing bemoeilijkt en moet de tumor met de hand naar buiten verschoven worden om het afloopen der urine mogelijk te maken, De bloeduitstorting breidt zich na zware beleediging der vulvairstreek, hetzij reeds op denzelfden dag, hetzij eerst in het verloop der volgende dagen naar den mons veneris en het perineum, soms zelfs tot den rug uit.

De haematomen verdwijnen, bij geringen omvang, gewoonlijk in den tijd van 2 tot 3 weken. Bij de grootere haematomen duurt de resorptie natuurlijk langeren tijd en kan na afkapseling een cyste overblijven. In enkele gevallen wordt de bedekkende oppervlakte steeds meer en meer gerekt en verdund en berst of wordt zij necrotisch. In beide gevallen kan een hevige uitwendige bloeding volgen, waaraan de pat. kan bezwijken.

Een ander gevaar dat de pat. bedreigt, wanneer de bloedzak berst, is het optreden van infectie.

De prognose kan in het algemeen gunstig luiden. Wel vermeldt Deneux [1]) dat op 60 gevallen van haematoma vulvae 22 letaal verliepen, maar deze opgave dateert van den vóór-antiseptischen tijd en heeft bijna uitsluitend betrekking op het puerperale haematoom.

Bij de behandeling onthoude men zich zoo lang mogelijk van operatief ingrijpen en voorkome de verdere uitstorting van bloed door absolute rust, applicatie van ijs en een drukkend Tverband. Neemt desniettegenstaande de zwelling toe, zoodat spontane ruptuur te wachten is, zoo opene men den bloedzak ruim, verwijdere de bloedmassa om zoonoodig de bloedende vaten op te zoeken en te onderbinden. Ook dan wanneer de bedekkende oppervlakte necrotisch wordt, opene men het haematoom. De spontane bersting toch zou op een oogenblik kunnen plaats grijpen waarop geen hulp aanwezig was en gevolgd kunnen worden door een hevige, wellicht doodelijke bloeding. Het komt mij voor, dat in alle gevallen, waar de geneesheer op verren afstand van de patiente woont en deze derhalve niet voldoende kan observeeren, bij eenigzins belangrijken omvang van het haematoom opening van den bloedzak wenschelijk is. Na verwijdering van het deels gecoaguleerde, deels vloeibare bloed en onderbinding, desnoods omsteking van de bloedende vaten, worde de holte met eene desinfecteerende oplossing goed gereinigd en daarna met jodoformgaas opgevuld en getamponeerd. Ook kan men na volkomen stilling der bloeding de holte met etage-hechtingen sluiten en zoodoende genezing per primam intentionem trachten te verkrijgen. Ook kan men de holte met jodoformgaas, in sublimaatoplossing gedrenkt, opvullen, een Tverband aanleggen, om eerst den volgenden dag tot de secundaire hechting over te gaan.

De ondervinding heeft mij geleerd, dat de secundaire hechting bijna altijd tot vereeniging p. p. i. leidt, zoo men de wondvlakten eerst goed met warme boor-solutie, daarna even met warme sublimaat-oplossing

[1]) Mém. sur les tumeurs sang. de la vulve et du vagin. Paris 1830.

afspoelt en vervolgens na afdroging de wondvlakten met een weinig jodoform-poeder bestrooit.

Gaat men eerst eenige dagen na het ontstaan van het haematoom tot de incisie over, dan leent het weefsel, dat zoolang aan een hoogen druk onderworpen is geweest, zich minder voor de secundaire hechting; dan is de open wondbehandeling met herhaalde irrigaties van slappe desinfecteerende oplossingen en telkens daarna opvulling van de holte met jodoformgaas, aangewezen.

Kleine haematomen late men echter steeds aan zich zelf over. Bij het puerperale haematoom zij men uiterst voorzichtig met het incideeren, daar het voortdurend afloopen der lochiaal-secretie een nauwkeurige aseptische behandeling hoogst moeilijk, ja onmogelijk maakt.

Gedurende den tijd, dat ik in het Binnengasthuis als assistent werkzaam ben, was ik in de gelegenheid 4 gevallen van haematoma vulvae traumaticum waar te nemen en te behandelen.

1e geval. De 19 jarige Alexandrina E., koorddanseres van beroep, valt in den avond van 21 Maart 1887 tijdens een voorstelling van het ongeveer vier meter hooge koord naar beneden met uiteengeweken beenen op den hoek van een marmeren tafelblad, en wel zoo, dat zij met den rechter kant van de vulva op den rand terecht komt. De schok was zoo hevig dat deze hoek afbrak. Na den val is patiente een korten tijd bewusteloos; nadat het bewustzijn is teruggekeerd voelt zij een zwelling in de genitaalstreek, met heftige pijnen aan den rechterkant, uitstralende in de stuit, de lendenen en de rechter dij. Daar de pijn van dien aard is, dat ze niet meer kan loopen, wordt in allerijl een medicus gehaald, die niets beters weet te doen dan de zwelling te puncteeren en daarna heen te gaan met den troost dat het nu wel over zal gaan. Daar patiente hiervan echter niets bemerkt integendeel, na een kortstondige verlichting meer pijn en meer zwelling voelt en voortdurend bloed verliest, vervoert men haar naar het Binnengasthuis, waar ze tegen ongeveer één uur in den nacht aankomt en op de chirurgische afdeeling van Prof. Tilanus wordt opgenomen. Toen ik pat. zag, vond ik een donker, blauwrood gezwel in het rechter labium minus et majus, ter grootte van bijna 2 mans vuisten.

De zwelling strekt zich naar boven tot de mons veneris, naar beneden tot ver voorbij de commissura posterior uit. De tumor ligt geheel vóór den introitus vaginae, zoodat het linker labium als het ware overvleugeld wordt. In het midden van het gezwel bevindt zich eene ronde opening van ongeveer 1 ctm. doorsnede, met scherpe gesneden randen; achter die opening zijn bloedcoagula zichtbaar. Er is thans geen uitwendige bloeding meer. De tumor voelt gespannen elastisch aan; alleen aan de oppervlakte is een meer deegachtige consistentie waar te nemen. Daar ik een lichte welving van het hypogastrium meende op te merken, ging ik tot de palpatie van het abdomen over, en vond een gladden, bewegelijken, elastischen tumor, die bijna tot aan het midden tusschen navel en symphysis reikt en uit het kleine bekken oprijst; bij voorzichtig gecombineerd onderzoek blijkt dit de vergroote uterus te zijn. Pat. geeft ook aan bijna vier maanden zwanger te zijn. De vagina is boven den introitus geheel vrij van zwelling.

Daar patiente eenigszins gecollabeerd is en er geen uitwendige bloeding meer plaats heeft, zag ik, met het oog op de graviditeit, van een ingrijpende therapie voorloopig af en legde, na voorzichtige en nauwkeurige reiniging van den tumor en van de vagina, een T verband aan en appliceerde vervolgens een ijsblaas. Te drie uur is de tumor even groot, geen uitwendig bloedverlies, de pols aanmerkelijk voller.

Door strenge asepsis gelukt het de patiente geheel afebriel te houden; daar evenwel de dunne, sterk uitgerekte huid necrotisch dreigt te worden, ging ik den derden dag tot ruime opening van de holte over, ruimde de coagula op en tamponeerde de holte met jodoformgaas, waarna opnieuw een T verband werd aangelegd. De blaas werd van den beginne af aan met den catheter ontledigd.

Na den vijfden dag heb ik open wondbehandeling met irrigaties van 1 : 3000 sublimaat en gedeeltelijke jodoformgaasopvulling tot drainage aangewend. Het geheele proces verloopt afebriel en nadat de binnenwand van het labium, die door de rekking necrotisch geworden was, afgestoten is, sluit de wond zich door granulaties, zoodat patiente den 26 April genezen ontslagen kan worden, en ze in Mei haar beroep weer uitoefent.

In September daarop is ze geheel normaal van een flinken jongen bevallen en zooals ze mij dezen zomer, toen ze zich op mijne aanvrage weer op de gynaecologische polikliniek vertoonde, mededeelde heeft ze noch voor zich zelf, noch voor het kind verder de minste nadeelige gevolgen van het ongeval kunnen bespeuren.

2°. De 74jarige Geertruida S. valt den 24sten October 1888, terwijl ze uit het bed wil stappen, met uiteengeweken beenen, zoo dat ze met de linker vulvairstreek op de beddeplank terecht komt.

Hoewel patiente pijn voelde, nam zij toch aanvankelijk hare huiselijke bezigheden waar. Gaandeweg evenwel werd de pijn heviger en het gevoel van spanning erger; pat. voelde een dikte aan de uitwendige geslachtsdeelen ontstaan, die zoodanig in omvang toenam dat ze ten 10 uur zich ter opneming in het gasthuis aanmeldde. Op de gynaecologische afdeeling opgenomen, vond ik een ongeveer vuistgroote zwelling in het linker labium majus, die den introitus vaginae geheel versperde; het labium minus sinistrum was verstreken. De zwelling zette zich naar boven tot aan de symphisis-pubis, naar achteren tot ruim 3 cM. voorbij de commissura posterior voort en reikte tot den voorkant van den nederdalenden tak van het linker os pubis. De zwelling voelde elastisch gespannen aan, was blauwrood van kleur en laat bij vaginaal onderzoek zich niet voorbij den introitus vervolgen. Een verwonding der uitwendige huid bleek niet aanwezig te zijn.

Patiente wordt direct te bed gebracht; met het bekken hooggelegd en op de zwelling een drukkend T verband en eene ijsblaas geappliceerd, terwijl de meest mogelijke rust wordt aanbevolen. De urine wordt met den catheter ontledigd en de defaecatie door toediening van opium zooveel mogelijk tegengegaan. Niettegenstaande deze maatregelen neemt de zwelling voortdurend in omvang toe zoodat des middags het bloedextravasaat ook boven de schaambeensverbinding zich uitstrekt en verder in de linkerliesstreek tot boven de crista ossis rijkt. Naar achteren in het pe-

rineum breidt de bloeduitstorting zich tot dicht bij den anus uit. In het bekken zelf is geen zwelling waar te nemen. Pat. klaagt over hevige pijnen, die in de stuit, de lendenen en het linkerbeen uitstralen.

Temperatuur 37,2. Des avonds blijkt de zwelling niet meer in omvang toe te nemen; temperatuur 37,3. Den 25sten October blijft de omvang dezelfde; de pijn is minder geworden, de temperatuur blijft normaal. Den 26sten gevoelt pat. geen pijn meer; wel heeft zij nog een gevoel van spanning en zwaarte; in de inguinaalstreek, boven de crista ossis ilii en in de linker lumbaalstreek vertoont de huid nu een zwartblauwe verkleuring. Na den vijfden dag worden Priessnitz'sche omslagen geappliceerd en gaat de resorptie van de bloedmassa snel voort, zoodat op den 14den November patiente op haar wensch kan worden ontslagen; een knobbel van duivenei-grootte, en vast op het aanvoelen is als gecoaguleerde rest van het uitgestorte bloed alleen nog overgebleven. Een maand later is ook deze knobbel zoo goed als verdwenen. Den 1sten Mei vertoont patiente zich op mijn verzoek nog eens op de polikliniek; van het haematoma is geen spoor meer terug te vinden.

3°. De 32jarige Christina B. komt in den middag van den 8sten Juni 1889 in het gasthuis hulp inroepen voor een zwelling aan de genitaalstreek, die zich gevormd heeft nadat zij in den morgen bij een twist met een buurvrouw een schop in die streek had gekregen. In het begin had ze wel eenige pijn gevoeld, maar daarop weinig acht geslagen; allengs was die pijn echter lastig geworden en daar het niet overging, meende pat. dat het het beste was om even naar het gasthuis te gaan.

Bij onderzoek blijkt mij een noch niet kippeneigroot gezwel in het labium majus sinistrum te bestaan, dat gespannen elastisch zich laat aanvoelen en scherp omgrensd en pijnlijk bij druk is. Daar patiente niet wil opgenomen worden, keert zij huiswaarts met den raad zich zoo rustig mogelijk te houden en te bed te gaan. Daar het gezwel volgens haar zeggen in de laatste uren niet grooter geworden was, scheen mij een andere therapie dan een T verband onnoodig en ook zonder toezicht ongewenscht. Na vier weken was van het haematoma niets terug te vinden.

4°. M. C. H., 35 jaar, gehuwd, wordt den 20sten Februari 1890, des morgens ten 12 ure in het Binnen-gasthuis opgenomen. Pat., die zich steeds in een goede gezondheid mocht verheugen, was dien morgen ten 6¾ ure gevallen van een stoel, waarop zij geklommen was om gordijnen op te hangen. Het evenwicht verliezende, viel zij van den stoel waarbij de kruk van een kleineren stoel tegen de uitwendige geslachtsdeelen terecht kwam. Pat. gevoelde onmiddellijk hevige pijn en verloor naar haar zeggen veel bloed. De pijn nam steeds toe onder het gevoel van zwelling en spanning, straalde in het linker been uit en werd zóó hevig, dat pat. «de voeten niet meer verroeren kon».

Pat. is reeds 9maal van een voldragen levend kind bevallen en is thans voor de tiende maal zwanger. Steeds was het verloop van zwangerschap, baring en kraambed volkomen normaal.

Phlebectasiën zijn niet waar te nemen, noch aan de genitaliën, noch aan de onderste ledematen.

De menstruatie was steeds zeer gering, 3 à 4 dagen durende, geregeld om de vier weken, zonder pijn. Het laatst was de menstruatie verschenen den 21sten Juni 1889; sedert 3½ maand voelt pat. leven. Na den val heeft zij ook nog leven gevoeld; een uur geleden zelfs zeer sterk.

Status praesens. Patiente is wat bleek, maar niet anaemisch; pols 92. De buik is sterk uitgezet, links meer dan rechts; talrijke striae albicantes zijn aanwezig; de navel puilt uit; zwakke pigmentatie in de linea alba en om den navel.

De fundus uteri reikt tot het linker hypochondrium en helt geheel naar de linkerzijde over. De meeste weerstand is links te voelen; in den fundus is de stuit en op den bekkeningang het hoofd voelbaar, dat duidelijk balloteert en iets naar rechts afgeweken is. Links zijn zeer duidelijk foetale harttonen te hooren met eene frequentie van 140 in de minuut.

Bij inspectie van de genitaliën ziet men een sterke opzwelling van het linker labium majus en minus. De vulva vertoont hier en daar de voor graviditeit eigenaardige blauwroode verkleuring. Naar beneden reikt de zwelling tot de commissura posterior, naar boven tot den bovenrand van de symphysis pubis, van waar zij zich voortzet tot in de linker liesplooi; naar rechts reikt de zwelling tot aan de middellijn.

Even links en op de hoogte van de clitoris is een gescheurde diepe wond, die langs het ostium urethrae externum tot langs de carunculae hymenales loopt; hare lengte is 4½ cM. bij een diepte van 1 cM. In den bodem der scheur bevindt zich een grootmazig weefsel van coagula.

Evenwijdig met de eerste scheur en 1 cM. er naast loopt een tweede, die 3½ cM. lang en veel minder diep is.

Bij inwendig onderzoek voelt men vóór en ter zijde van den nederdalenden tak van het linker schaambeen eene zwelling, die zich niet verder voortzet in de vagina, zoodat de tumor ongeveer de grootte heeft van twee kippeneieren.

Het ostium uteri externum is voor den vingertop toegankelijk; het cervicaalkanaal is niet geopend.

Het verloop was in elk opzicht gunstig; geen enkele maal was de temperatuur verhoogd, terwijl de pijn spoedig afnam en geheel verdween. De zwelling van het labium majus verminderde spoedig, zoodat zij thans nog slechts even bemerkbaar is.

Behalve de applicatie van een ijsblaas en het tegengaan der ontlasting door toediening van opium, bestond de therapie in het inachtnemen van de grootst mogelijke rust. In de eerste 3 dagen werd de blaas met den catheter ontledigd.

Het verloop der zwangerschap bleef ongestoord. De foetale harttonen zijn steeds duidelijk te hooren, regelmatig en van normale frequentie. De uterus vertoont geene contracties en is bij palpatie gemakkelijk indrukbaar.

Het eerste en het laatste geval zijn vooral van belang wegens het ongestoord verloop der zwangerschap, ondanks de zware beleediging der uitwendige genitaliën.

Mededeelingen van dergelijke gevallen zijn in de literatuur spaarzaam

voorhanden. M'Clintock [1]) verhaalt van eene vrouw, die in de 7e maand harer 4e zwangerschap op een stoel staande, haar evenwicht verloor «and fell «straddle legs» across the back of it. The entire left labium, nympha, and adjoining part of the perineum were transformed into an enormous tumour, as big as a cocoa nut, and of a dark mahogany color. On the inside of this tumour there was a lacerated wound».

Omtrent het verloop lezen wij het volgende: «the tumour partly burst and partly sphacelated, on the inside, so that on the sixth day an enormous coagulum came away. The parts put on a clean and healthy appearance within a surprisingly short period after this, under the use of simple poultices. The greatest source of annoyance was the horrible foetor which was partially overcome bij lotions of chloride of lime.»

Na ongeveer 14 dagen kon pat. geheel hersteld huiswaarts keeren. De zwangerschap bereikte ongestoord het normale einde; de baring verliep gemakkelijk en werd door een ongestoord kraambed gevolgd; het kind was levend en krachtig ontwikkeld.

Een 2e geval van haematoma vulvae tengevolge van uitwendig geweld, gedurende de zwangerschap vinden wij eveneens bij M'Clintock vermeld. Een vrouw, 4 maanden zwanger, viel van de 5e sport eener ladder. «Unfortunately, an iron pot was lying upside-down on the ground underneath, and in her fall one of the legs of the pot inflicted a severe wound at the entrance of the vagina.» Een heftige bloeding was hiervan het gevolg; M'Clintock vond patiente zeer anaemisch, koud en nagenoeg polsloos. Door aanhoudenden druk werd de bloeding tot staan gebracht en nadat pat. een weinig bijgekomen was, werd zij naar het in de onmiddellijke nabijheid gelegen ziekenhuis overgebracht. «Not only did she recover from the immediate effects of this injury, but she went to the full time, and was delivered of a living child».

In de «Wiener Medic. Presse» 1867 N°. 39, S. 958—960 deelde E. Thoman het volgende geval mede. Eene 26jarige vrouw die in de 6e maand harer eerste zwangerschap verkeerde, was in een moestuin geslopen om rapen te stelen. Op heeterdaad betrapt, trachtte zij door eene overhaaste vlucht te ontkomen en waagde den sprong over het puntig toeloopende rasterwerk, waarmede de tuin was omheind. Zij viel echter en bleef hangen aan een der puntige palen, waaraan zij zich «förmlich aufspiesste». Bij hare opneming in het ziekenhuis werd geconstateerd:

a. Dicht an der äusseren Begränzungsfalte der rechten grossen Schamlippe eine bei drei Zoll lange, parallel mit dieser verlaufende und stark blutende, mit stellenweise gerissenen, theils gequetschten Rändern versehene Wunde, welche in die Tiefe dringend, längs der Seitenwand des kleinen Beckens, die Vaginalwand von ihrer Unterlage abhebend, und sie von hintenher perforirend, dicht vor dem vorderen rechtsseitigen Scheidengewölbe mittelst einer etwa zwei Zoll weiten Oeffnung ausmündet.

b. Am Perinäum eine bei zwei Zoll lange quergestelle, mit unregelmässigen Rändern versehene Riss- und Quetschwunde, welche, in die Tiefe dringend, sich daselbst gabelförmig spaltete und in den Mastdarm

[1]) Clinical memoirs on diseases of women. Dublin 1863. p. 277.

einerseits, in die Vagina anderseits etwa $1\frac{1}{2}$ zoll vom Ostium beider mittelst $1\frac{1}{2}$ Zoll weiten Oeffnungen ausmündet. Beide letzteren Wunden communicirten mittelst eines kleinen schiefen Ganges mit einander, und die des Mastdarmes mit der sub *a* beschriebenen Vaginalwunde.»

De op deze zware verwonding volgende plaatselijke en algemeene reactie was uiterst gering; na weinige dagen reeds «war das Allgemeinbefinden normal zu nennen».

In de 1ste week ging nagenoeg alle ontlasting door de voorste communicatie-opening door de vagina af, terwijl later bij het kleiner worden der wondopeningen slechts dàn kleine stukjes door de vagina werden ontlast, wanneer de scybala niet spoedig genoeg den anus konden passeeren.

Acht weken na het ongeval waren beide uitwendige wonden volkomen gesloten; de bovenste perforatie-opening dicht bij het rechter laquear vaginae was volkomen gesloten, terwijl de onderste wond slechts door een klein, trechtervormig ingetrokken, vast litteeken nog was te erkennen. Eene communicatie tusschen rectum en vagina kon niet meer worden aangetoond. Op het normale einde der zwangerschap beviel pat. spontaan van een flink ontwikkeld, levend kind.

Behalve dit geval vermeldt Thoman in zijne monographie «Schwangerschaft und Trauma», in 1889 verschenen, nog 3 gevallen van verwonding der geslachtsdeelen gedurende de zwangerschap, door Dr. Maczack [1]) waargenomen. Deze gevallen zijn de volgende:

1°. eene gravida in de 7e maand stapte over de houten omheining van een tuin, waarbij een lat afbrak en tusschen het labium majus en minus in de diepte drong. Zeer sterke bloeding. Ondanks de belangrijke anaemie werd de zwangerschap niet afgebroken en genas de wond spoedig. Op het normale einde der zwangerschap beviel pat. van een krachtig ontwikkelden, levenden jongen.

2°. een VIII para in de 8ste zwangerschapsmaand viel van een stoel, waarvan een der pooten boven de kleine schaamlip in de vagina drong en door verscheidene splinters een belangrijke verwonding met sterke bloeding veroorzaakte. De wond genas spoedig en de zwangerschap verliep ongestoord ten einde. Bij de baring ontstond uit het litteeken door verscheuring bloeding. Pat. genas en was het volgende jaar opnieuw zwanger.

3°. I para in de 8e maand viel op een stapel hout, waarbij een duimdik stuk hout door de kleeren heen in de rechter groote schaamlip indrong. Na verwijdering daarvan trad eene heftige bloeding op. De zwangerschap bleef ongestoord, hoewel pat. zich volstrekt niet in acht nam. Op den normalen tijd beviel pat. voorspoedig van een levend kind. «Mutter und Kind blieben gesund, nur waren beide anaemisch.»

Deze en de beide door mij medegedeelde gevallen leeren, dat de zwangere baarmoeder in enkele gevallen een merkwaardige verdraagzaamheid toont tegenover een inwerkend geweld.

Wanneer de gezondheidstoestand der zwangere gunstig is en ziekelijke afwijkingen der baarmoeder en harer aanhangselen ontbreken, zal het verloop der zwangerschap door een inwerkend trauma gewoonlijk niet

---

[1]) Wiener Medic. Presse, 1872 N° 8.

worden gestoord. Veel hangt hierbij natuurlijk af van den aard en den duur van het inwerkend geweld.

Evenzeer heeft de ervaring geleerd dat chirurgische operaties in elk tijdperk der zwangerschap kunnen worden verricht, zonder gevaar voor het blijven voortbestaan der zwangerschap [1]).

---

[1]) Zie E. Thoman l. c. en Cohnstein, Samml. Klin. Vorträge. N°. 59, 1873.

OVERERVING VAN DEN AANGEBOREN HORRELVOET,

DOOR

H. BURGER,
cand.-arts.

In zijn belangwekkend opstel (1) over de overerving van ziekten wijst Bollinger er op, hoe moeilijk het is, voor dat vraagstuk betrouwbaar materiaal te verkrijgen. De ziekenhuizen zijn daartoe onvruchtbaar; terwijl de geneesheeren, die lange jaren dezelfde familie nauwkeurig kunnen gadeslaan, te zelden hun kostbaar materiaal aan openbare mededeelingen dienstbaar maken.

Deze klacht roep ik te mijner verontschuldiging in, nu ik aan het geneeskundig publiek eene familie ga voorstellen, waarin de aangeboren horrelvoet een niet onaanzienlijk aantal malen is voorgekomen.

De erfelijkheid van pes varus is reeds lang als eene daadzaak aangenomen, en heeft in den vooreerst nog niet voleindigden strijd over de oorzaak van dat lijden alree als bewijsgrond dienst moeten doen. Toch is de deugdelijke vaststelling van het feit dier erfelijkheid niet overbodig; want casuïstische gegevens ontbreken in de literatuur van dit onderwerp — althans voor zoover ik die heb kunnen nagaan — ten eenenmale (2).

Slechts Brückner (3), die, naar analogie van families met zesvingerige handen en dergel., ook voor den horrelvoet de erfelijkheid reeds a priori waarschijnlijk acht, deelt een geval van overerving mede, dat hij echter niet zelf heeft gezien, maar dat hem «door een geloofwaardig man» is meegedeeld. Om der merkwaardigheids wille veroorlove men mij die aanhaling. De geloofwaardige man vertelt nl., «dat een mandenmaker in een naburig landstadje, die horrelvoeten had, van zijne huisvrouw drie kinderen na elkander kreeg, wier voeten evenals de zijne waren gevormd. Toen het vierde met rechte voeten ter wereld kwam, vond de vader daarin reden, aan de echtheid van dat kind te twijfelen, en zijn vermoeden werd ook spoedig daarna bevestigd! — Hoe goed», voegt de schrijver er bij, «dat niet alle jonggeborenen een zoo onbedriegelijk teeken van den vaderlijken oorsprong met zich ter wereld brengen!»

Dit zoo belangrijke geval maakt gewis nauwkeuriger mededeelingen niet overtollig.

In de maand November ll. verzocht Prof. Treub mij, kennis te gaan maken met een huisgezin te Katwijk, waarin volgens mededeeling van Dr. H. B. van Rhijn aldaar, de aangeboren horrelvoet een erfstuk zoude zijn. In die familie zouden nl. de gezonde ouders zoons bezitten met aangeboren pedes vari; terwijl eene gezonde dochter weder kinderen met deze afwijking zou hebben ter wereld gebracht; een geval dus van indirecte («latente») overerving, die, gelijk bekend, bij de erfelijkste onder de erfelijke ziekten (de haemophilie) en bij het daltonisme den regel vormt.

Evenals daar zoo typisch is, zou dus ook hier eene, zelve van het lijden vrij gebleven, vrouw de ziekte op een volgend geslacht hebben overgebracht.

Mijne bevindingen bij de bedoelde familie, waar Dr. van Rhijn mij eene welwillende ontvangst had verzekerd, waren de volgende: Leuntje Kruik, thans 61 jaar en gehuwd met Van der Meij, heeft in haar eerste huwelijk met Jan I[1]) van Rijn elf kinderen gehad, waarvan het zevende en achtste (Jan III en Jacob VI), gemelli en beiden masculini generis, elk met een horrelvoet zijn ter wereld gekomen; Jan met een rechter, Jacob met een linker. De andere kinderen hebben normale voeten. Een van hen echter, eene oudere zuster der tweelingen, Dirkje genaamd, heeft eveneens elf kinderen gekregen, en telt daaronder niet minder dan drie zoons (N°. 1, 5 en 7), die met een (rechter) horrelvoet zijn geboren. Hare drie andere zoons, allen jonger dan de genoemden, en hare vijf dochters bleven van de familiekwaal verschoond. Wat de tweelingen betreft, Jan is gestorven; terwijl Jacob slechts welgeschapen kinderen kreeg.

Daar de familie, op mijne komst voorbereid, voltallig bijeenzat, was ik, voor wat betreft de drie nog levende lijders, in de gelegenheid, mij te overtuigen, dat omtrent de diagnose geen twijfel kan bestaan, terwijl volgens eenparig getuigenis der familieleden de afwijking telkens onmiddellijk na de geboorte is herkend, en zij bij de twee gestorven lijders volkomen dezelfde was als bij de drie levende.

Op grond van deze ervaring schijnt mij het beweren niet te stout, dat in deze familie de horrelvoet eene erfelijke kwaal is. Om zelfs de mogelijkheid van bloot toeval aan te nemen, is het aantal der lijders te groot. Dieffenbach (4) toch meldt, dat op de 800 à 1000 menschen één horrelvoet voorkomt; terwijl Brückner (3) op grond van eene oppervlakkige berekening omtrent de verhouding in Gotha, meer bijzonder van den aangeboren horrelvoet aangeeft, dat van de 3000 menschen slechts twee er mede behept zijn.

Leuntje of haar man heeft dus de voorbeschiktheid op het eerstvolgend geslacht overgebracht; terwijl hunne dochter Dirkje zou mogen worden gerekend tot de, met name bij de bloederziekte en de kleurenblindheid zoo vaak optredende «vrouwelijke conductoren».

Ik zeg *zou* mogen worden gerekend; want dat feit is aan twijfel onderhevig, doordat Dirkje gehuwd is met een bloedverwant (6en graad), Maarten van Rijn, die wellicht evenals zij de erfelijke voorbeschiktheid voor de familiekwaal latent met zich ronddraagt. Geen wonder dan, dat uit dit consanguine huwelijk, door dubbele overerving («potenzirte Vererbung»), een geslacht is geboren, waarbij de familiekwaal veelvuldiger dan vroeger is vertegenwoordigd.

---

[1]) Het bleek mij volstrekt noodzakelijk, de Jannen en Jacobs te nummeren. Die namen zijn in de familie v. R. bijzonder geliefd. Zie in den stamboom (Pl. I), hoe Jacob I twee zoons bezat, beiden met den naam Jacob, en hoe twee levende zoontjes van Maarten en Dirkje beiden Jan heeten, en hoe, om de verwantschap van den kleinen Arie met Jan I vast te stellen, men den weg moet nemen over niet minder dan vijf Jacobs!

Echter moet nog worden bewezen, dat werkelijk Maarten tot een horrelvoetengeslacht behoort. Immers uit niets is nog gebleken, dat de erfelijke voorbeschiktheid door Jan van Rijn en niet door zijne vrouw Leuntje op hunne afstammelingen is overgedragen. Welnu er zijn feiten, die het waarschijnlijk maken, dat het lijden in kwestie wel degelijk het erfgoed is der Van Rijns en niet van de familie van Leuntje. Deze laatste heeft nl., na Jan's dood, bij haar tweeden man nog zes kinderen gehad, waaronder geen enkel met horrelvoet. Maar belangrijker dan dit is het feit, dat, buiten de genoemde, nog een andere tak der familie Van Rijn eene loot draagt, die de eigenaardigheid van den stam vertoont, en wel in dubbele mate. Jacob V nl., een neef (4en graad) van Maarten, heeft onder zijne negen kinderen een zoontje, Arie, met een vrij hevigen, beiderzijdschen pes varus congenitus, dien ik eveneens persoonlijk heb kunnen waarnemen.

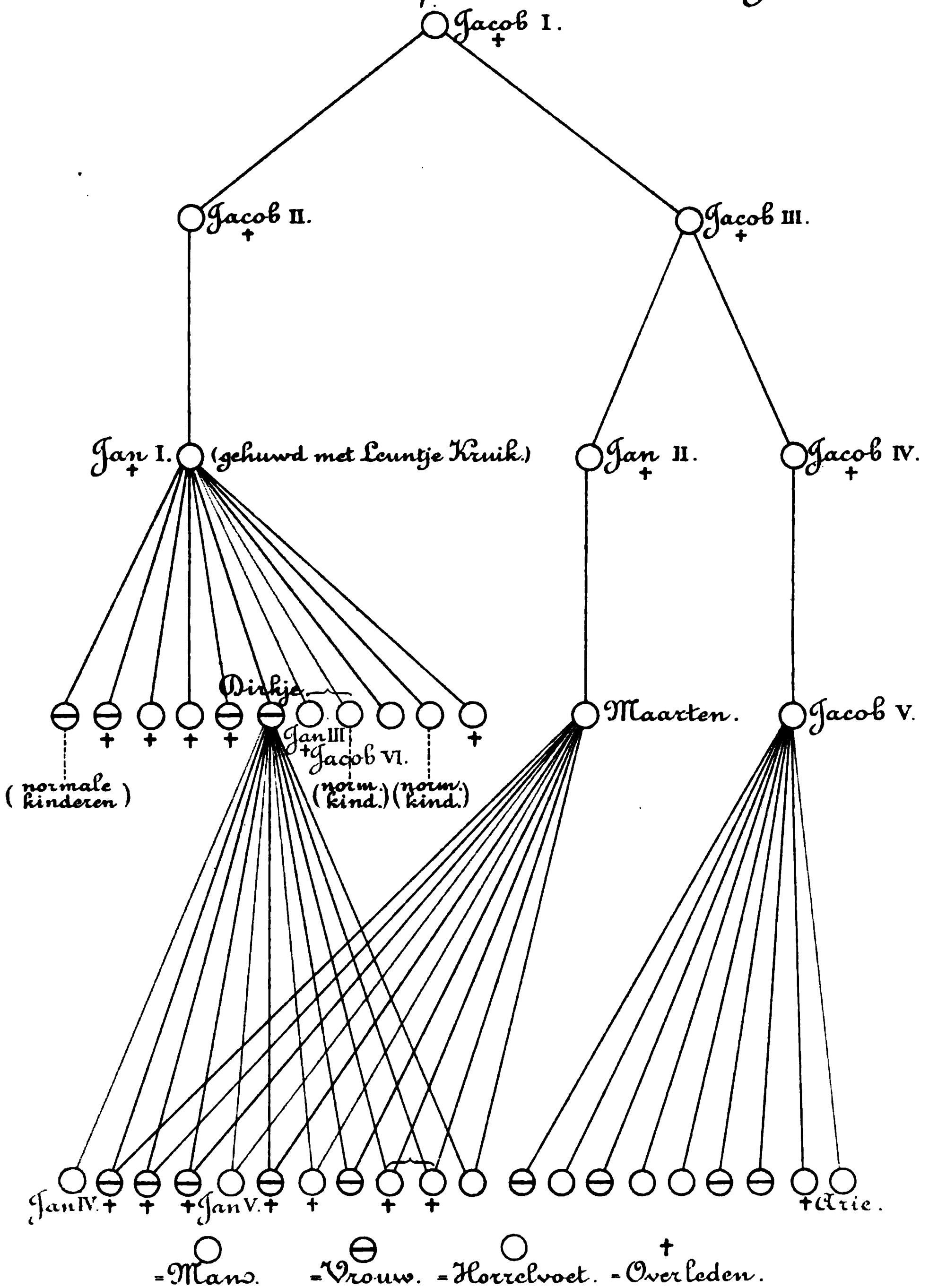
Om het mogelijke verband van dit geval met de andere aan te toonen, heb ik in den familieboom dus tot een ouderen stamvader dan Jan I moeten teruggaan, nl. tot Jan's grootvader, die tevens de overgrootvader is van Arie's vader en van Maarten. Deze stamvader is op bijgaande teekening als Jacob I aangeduid. Onder de afstammelingen van Jacob I kennen wij er dus zes, allen mascul. gen., die met pes varus zijn geboren (vier rechts, één links, één beiderzijds). Of er wellicht nog meer geweest zijn, heb ik niet kunnen nagaan. De herinnering aan Jacob I was bij de thans levende Van Rijns niet zeer levendig. De belangstelling trouwens, die ik voor dezen voorvader koesterde, ontbrak bij hen allen, daar zij, niettegenstaande de welsprekende feiten die zij kenden, van eene overerving van den horrelvoet in hunne familie niets wilden weten. Leuntje bleef het lijden harer tweelingen met overtuiging toeschrijven aan het feit, dat zij in die zwangerschap den voet verzwikt heeft [1]).

Behalve natuurlijk voor de leer der erfelijkheid, is de casuïstische vaststelling van de overerving van pes varus congenitus van belang voor de aetiologie van dat lijden. Gelijk ik zeide, is zij als een vaststaand feit reeds in den strijd over het wezen dezer ziekte gebruikt, en wel door Pitha (5), die innervatiestoringen in het foetale leven beschouwt als de eigenlijke oorzaak van den horrelvoet. Die erfelijkheid is in zijne hand een wapen tegen de theorie, welke aan druk van den uterus (gewoonlijk door abnorm weinig vruchtwater) de schuld van het lijden geeft. Daar n.l. erfelijkheid zou voorkomen, niet slechts van de zijde der moeder, maar ook door den vader, zoo kan het gebrek moeilijk aan den uterus worden geweten.

Koch (6) bestrijdt deze gevolgtrekking op grond van de uitkomst der nieuwste onderzoekingen, die bewezen zouden hebben, dat de foetus en niet de moeder het vruchtwater levert. Dat deze schrijver hier op een gevaarlijk terrein verzeilt, behoeft geen betoog. Daargelaten zijne ietwat

[1]) Ambroise Paré zoekt een oorzakelijk moment in het zitten der moeder met over elkander gekruiste beenen gedurende de zwangerschap; terwijl het volksgeloof allerwege groote aetiologische beteekenis toekent eenvoudig aan het zien van menschen met mismaakte voeten, gedurende de zwangerschap of zelfs onder de bevalling.

Stamboom der familie Van Rijn.



= Mans. = Vrouw. = Horrelvoet. = Overleden.

gewaagde uitspraak omtrent den oorsprong van het amnionvocht, en zelfs aangenomen, dat de foetus dit in hoofdzaak levert; hem blijft ook dan nog over, de waarschijnlijkheid te bewijzen, dat de eigenschap, om in het foetale leven abnorm weinig niersecreet voort te brengen, ook al tot de erfelijke kwalen behoort. Voor de voorstanders der mechanische theorie toch kunnen de horrelvoeten der Van Rijns niet anders dan het gevolg zijn van de in dat geslacht blijkbaar erfelijke eigenaardigheid, in utero te weinig te urineeren! Aan de huidige en toekomstige vroedmeesters te Katwijk aan Zee zij overigens aanbevolen, bij verlossingen van leden der familie Van Rijn, aan de hoeveelheid van het vruchtwater wel steeds hunne aandacht te willen wijden!

Mag men de erfelijkheid van den aangeboren horrelvoet voor bewezen aanzien, dan schijnt mij, op grond daarvan, de mechanische theorie, althans voor het gros der gevallen, de minst aannemelijke.

Beter reeds, met het oog op de groote rol, die de erfelijkheid in de gansche pathologie van het zenuwstelsel speelt, laat zij zich rijmen met een neuro- of myo-genen oorsprong van het lijden; met de theorie dus, die den horrelvoet beschouwt als het gevolg van intra-uterine tot stand gekomen verlamming of contractuur.

Voor de aanhangers eindelijk der embryonale theorieën moest de erfelijkheid a priori reeds waarschijnlijk zijn. Is niet voor zoovele andere ontwikkelingsstoornissen en aangeboren misvormingen — zooals de heupontwrichting (7), de rudimentaire uterus (8), de overtollige, defecte en vergroeide vingers en teenen (9) — de overerving casuïstisch vastgesteld!

Leiden, Januari 1890.

LITERATUUR.

1. O. Bollinger, Ueber Vererbung von Krankheiten, Stuttgart 1882.
2. Zie ook S. Samuel, Compendium, Stuttgart 1880, die bl. 306 opmerkt, dat de beweerde erfelijkheid van den horrelvoet tot heden zonder voldoend bewijs is gebleven.
3. A. Brückner, Ueber die Natur, Ursachen und Behandlung der einwärts gekehrten Füsse, oder der sogenannten Klumpfüsse, Gotha 1796.
4. J. F. Dieffenbach, Ueber die Durchschneidung der Muskeln und Sehnen, Berlin 1841.
5. Pitha in Pitha-Billroth, Handbuch der Chirurgie.
6. P. F. C. Koch, Over den horrelvoet. Proefschrift aan de Universiteit te Leiden, Amsterdam 1887.
7. Zie de verschillende leerboeken over Chirurgie.
8. Zie b.v. Carl Schroeder, Handbuch der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane, Kapitel IV, Leipzig 1889.
9. Zie b.v. Samuel, l. c.

WAARNEMINGEN UIT DE PRAKTIJK,

DOOR

Dr. A. GEYL.

(Naar een Voordracht, gehouden in de Dordrechtsche Afdeeling der Maatschappij van Geneeskunde.)

Resultaten der operatieve behandeling van Carcinoma uteri.

Mede naar aanleiding van een gesprek, dat ik van de week met een der hier aanwezige collega's voerde over het nut en de noodzakelijkheid van sommige carcinoom-operaties, vertoon ik u nog heden avond een praeparaat, dat nu bijna een jaar geleden in mijn bezit gekomen is. Het praeparaat bestaat, zooals gij ziet, uit twee deelen: het eene is een corpus uteri, dat macroscopisch noch in grootte, noch in voorkomen in 't oogloopende veranderingen aanbiedt; het andere, dat er uitziet als een uitgeholde afgeknotte kegel, is de bij dit corpus uteri behoorende cervix. De top van den kegel was indertijd met het baarmoederlichaam verbonden, terwijl zijn basis, zooals uit den hier aanwezigen zoom van gezond vaginaalweefsel duidelijk blijkt, in betere dagen tot de scheede behoorde.

Toen ik de bezitster van het praeparaat voor het eerst zag, deelde mij de haar behandelende medicus, Dr. van Loon, mede, dat de 52jarige patiente reeds geruimen tijd onder behandeling was met klachten over zwak worden en nerveusiteit (slapeloosheid, slechte eetlust, etc.). Hij meende den toestand te moeten toeschrijven aan een aandoening der baarmoeder, die hij reeds lang vermoed had dat bestaan zou, omdat de menstruatie niet slechts op den gewonen tijd der menopause niet was weggebleven, maar eerder in duur en hoeveelheid was toegenomen. Hierbij voegde zich in den menstruatie-vrijen tijd een belangrijke afscheiding van een bleeke, slijmerige, stinkende vloeistof. Het duurde niet lang of deze laatste maakte plaats voor een gekleurd mucus en in de laatste drie maanden ging er geen dag om, waarin de patient geen bloed uit de genitaliën verloor. Tengevolge daarvan namen de bleekheid, zwakte en nerveusiteit der zieke zoo toe, dat zij in een vaginaal-onderzoek toestemde. Ik kon de diagnose, reeds door Dr v. Loon gesteld, carcinoma uteri, bevestigen. Het carcinoom was een cauliflower excrescence, dat gerekend van het laquaer vaginae tot aan den top van het gezwel een lengte bezat van 6 à 7 ctm. en dan ook bijna tot aan den introïtus vaginae reikte. Een nauwkeurig onderzoek bracht aan het licht, dat de cervix wel wat verdikt, het corpus uteri niet vergroot en de omgeving der baarmoeder geheel vrij was. Er werd dus aan de patiente voorgesteld, den geheelen uterus zoo spoedig mogelijk te verwijderen. Hiertoe werd den 14den December 1888 overgegaan. Ik zal u niet bezighouden met de détails der operatie: ik zou slechts herhalen wat ik hier reeds meermalen heb medegedeeld. Genoeg zij het, dat ik u zeg, dat de operatie, met de welwillende assistentie van de heeren Meilink, v. Loon, Corvan,

Schepers en Delhez, zonder eenig accident naar wensch is afgeloopen en dat het genezingsproces in dit geval aan werkelijk ideale eischen voldeed. Waar ik echter op drukken wil en waarom ik vooral dit ziektegeval weer hier te berde bracht, is, dat het bleeke, nerveuse en doodzwakke vrouwtje, dat zonder de operatie zeker niet aan den dood, waarvoor zij zoo bang was, zou ontkomen zijn, zonder eenig spoor van recidief weldra den jaardag hoopt te vieren van hare operatie, gezond en flink, met dezelfde levenslust en levenskracht, die zij in hare vroegere gezonde dagen bezat. Nu weet ik wel, dat ik nog niet instaan kan voor het voortduren der gezondheid of beter voor het niet terugkeeren van het carcinoom; maar dit jaar leven en gezondheid heeft ten minste patiente gehad, en wel ten gevolge van de operatie.

Ik zelf heb in mijn praktijk gevallen gezien, waar de nieuwvorming recidiveerde 3 maanden, 6 maanden, een jaar, zelfs twee jaar na de operatie. Maar daartegenover staan waarnemingen, die mij volgens mijne meening het recht geven te zeggen, dat ik door de operatie de patiente van carcinoom genezen heb.

Zoo is mej. de M. la F., die door mij den 14den Juni 1881 is geopereerd geworden en wier operatie ik in het Tijdschr. v. Geneeskunde heb medegedeeld, in Juni 1887 overleden. Operatie en sectie beiden zijn mij geweigerd, zoodat ik slechts de vermoedelijke oorzaak van den dood kan mededeelen, en deze is carcinoom van het colon. Indien men hier niet wil aannemen, dat de laatste ziekte niets met het vroegere cancroïd der cervix heeft te maken gehad, dan zou men nog niet mogen zeggen, dat de extirpatie volkomen genezing heeft aangebracht. Dit is niet meer het geval bij vr. de Gidts, wier geschiedenis ik eveneens in het Tijdschrift van Geneeskunde beschreven heb en die den 17den September '82 door mij is geopereerd geworden. Vr. de Gidts is nog op dit oogenblik zonder eenig recidief en volkomen gezond. Hetzelfde kan ik getuigen van mej. van L., aan wie ik op den 5den September 1884 een hooge amputatio colli volgens Schröder verrichtte wegens cancroïd der cervix. Ook zij is tot op den huidigen dag van elk bezwaar verschoond gebleven.

Interessant bij deze laatste patiente was, en dat wil ik u nog even mededeelen, dat zich, nadat den 23sten September alle draden waren weggenomen, op den 5den October alle verschijnselen vertoonden van een uretero-uterusfistel, waarvan ik zelfs niet vermoeden kon waaraan hij zijn ontstaan te danken had. Indien het urine-lekken was waargenomen terstond na het wegnemen der draden, dan zou men hebben kunnen aannemen, dat de een of andere draad bij ongeluk den ureterwand meegepakt had: het kanaaltje dezer draad zou dan een communicatie moeten daarstellen tusschen ureteren en uterinholte.

Het verdere beloop toont overtuigend aan, dat er van een verweeking van een carcinoomknobbeltje geen sprake zijn kan en evenmin kan ik mij begrijpen, hoe zich nog zoo laat na de operatie, onder den invloed van een abscesje, een kanaaltje gevormd heeft, dat de geheele dikte van de met elkaar verbondene uterin- en ureterwanden doorboorde. Maar hoe dat ook zijn moge, de uretero-uterinfistel bestond. De vrouw verloor urine langs het ost. uteri en urineerde op de gewone wijze. Bovendien bestond er geen gemeenschap tusschen blaas en baarmoederholte.

En nu wat de therapie betreft: ik heb het heroieke middel der nier-extirpatie niet behoeven aan te wenden: ik heb in het ostium uteri eenige malen een watje, met een nitr. argenti-oplossing gedrenkt, ingevoerd en zooals men in de indertijd aangelegde historia morbi leest, op den 13den October blijft patiente volkomen droog en ziet men geen urine meer uit het ostium afdruppelen. Zij was geheel genezen. Of nu deze genezing aan de oplossing van nitr. argenti te danken is, durf ik niet te verzekeren; het kan wel een spontane genezing geweest zijn.

Loslating der placenta gedurende de zwangerschap.

Dat ik in de gelegenheid kwam dit tweede, uiterst interessante geval te observeeren, heb ik te danken aan een briefje, dat Dr. Degenaar van Dubbeldam zoo welwillend was mij te zenden. Hij deelde mij daarin mede, dat hij geroepen was bij een multipara, een vrouw, die voor de 13de maal zwanger was, wegens verschijnselen van inwendige verbloeding gepaard met sterk opgezetten en gevoeligen buik. Hij meende te doen te hebben met een loslating der placenta durante graviditate en vond hierom den toestand zoo bedenkelijk, omdat er geen spoor van weeën aanwezig was. De vrouw was ± 8 maanden zwanger.

Toen ik de patiente daarop eenige uren later (21 Sept.) zag, vertelde zij mij, dat zij tot voor 24 uren geheel normaal geweest was, dat zij, zonder dat zij daarvoor eenige reden kon opgeven, onder het naaien (gewone machine) plotseling duizelig in het hoofd en gevoelig in den buik geworden was en zich zoo naar gevoelde, dat zij naar bed gebracht moest worden. De conjunctiva en de overige slijmvliezen zijn zeer bleek; de pols is klein, weinig gespannen en versneld.

Het abdominaal-onderzoek toonde, dat de buik enorm opgezet was; dat de zwelling vooral naar links uitpuilde en afhankelijk was van den uitgezetten uterus en dat de omvang van het abdomen 108 ctm. bedroeg. Zeer beslist gaf de vrouw aan, dat eerst na gisteren de buik zoo sterk was gaan zwellen. De uterus was bij palpatie pijnlijk, zoodat een onderzoek naar de deelen van het kind zeer bemoeielijkt werd en dan ook geheel negatieve resultaten opleverde. Even negatief waren de uitkomsten der auscultatie. Overgaande tot een inwendig onderzoek, bemerkte ik een paar bloedstrepen aan het linnen en werd mij verzekerd, dat zich het eerst vóór een uur een weinigje bloed vertoond had. Er was van een eigenlijke haemorrhagie geen sprake: de ingevoerde vinger kwam terug hoogstens met een beetje bloederige mucus verontreinigd. Hij stuitte op de nog niet geheel verstreken maar zeer weeke portio, wier ostium gemakkelijk voor twee vingers toegankelijk was. De vruchtblaas, en dit schijnt zeer zelden voor te komen bij de aandoening, die ons bezighoudt, was niet gespannen, maar stond slap: het zeer beweeglijke kinderhoofd lag boven den ingang.

Wat te doen in deze omstandigheden, M. H.? Er was geen twijfel aan, of wij hadden te doen met een geheele of gedeeltelijke loslating der placenta gedurende de zwangerschap. Alle schoolsche teekenen dezer aandoening, behalve één, waren aanwezig. Gij zult het niet vreemd vinden,

dat ik mij in dezen niet steunen kon op eigene ervaring, maar mij geheel moest laten voorlichten door de ervaring van anderen. Op 156.000 verlossingen toch in het Dublin Lying-Hospital werd deze afwijking geen enkele maal, op 22.498 verlossingen in Guy's Hospital slechts driemaal gezien. Mocht ik groote beteekenis hechten aan het slap neerhangen der vruchtblaas? Mijns inziens niet. Zoodra het benedenste gedeelte der vruchtholte afgesloten wordt van het bovenste, dan kan, wanneer de inhoud der baarmoeder onder zeer hooge spanning staat, toch het te palpeeren gedeelte der vruchtblaas aan weinig drukking bloot staan en slap neerhangen.

Hoe onwaarschijnlijk een dergelijke genese in dit geval ook is, geheel onmogelijk is zij niet. Wij hebben slechts aan te nemen, dat de uitgestorte bloedmassa (en deze was hier zeer äänzienlijk) 't vruchtwater ter zijde dringend, zich ergens vast tegen het kind aanlegt en derhalve met het aangrenzende gedeelte van het kind den stop vormt, die het benedenste gedeelte der eiholte afsluit van het bovenste. Maar zelfs wanneer deze afsluiting niet bestaat, behoeft mijns inziens de vochtblaas niet altijd zoo sterk gespannen te staan. Wanneer de uterus zich op den prikkel van het uitgestorte bloed niet contraheert, volstrekt niet reageert en zich alleen maar laat uitrekken, dan is er geen enkele wet in de physica, die ons dringt om aan te nemen, dat de inhoud der baarmoeder aan een bijzonder hooge drukking zal blootgesteld zijn.

De diagnose, losgelaten placenta, stond dus vast, maar wat te doen, nu er, ondanks herhaalde toediening van kleine giften van een Inf. secal. cornut., noch subjectieve noch objectieve teekenen eener krachtige uterinwerkzaamheid aanwezig waren. Lang temporiseeren was ondoenlijk; terstond ingrijpen beloofde een uiterst moeielijke arbeid voor operateur en parturiens beiden. Na eenig beraad werd besloten, de giften van het secale cornut te herhalen, af te wachten, onder voortdurende controle der patiente, of misschien goede weeën wilden optreden, om terstond in te grijpen, indien de algemeene toestand van patiente of de staat van het ost. uteri dit wenschelijk maakten. Ruim een uur later vond ik de portio vaginalis geheel verstreken en het vrij dikrandige, maar weeke ostium tot op de grootte van ± een gulden verwijd. De toestand van patiente was van dien aard, dat spoedige hulp voor haar meer dan gewenscht was. Ik besloot derhalve terstond tot de versie met opvolgende extractie over te gaan. Buiten verwachting gemakkelijk, ja zonder de minste inspanning gelukte het mij de hand in de uterus te voeren. Links opgaande, moest ik de vliezen voor een klein gedeelte van de baarmoederwand losmaken en kwam toen in een groole holte, waarin, naast een, zooals later bleek, verbazende hoeveelheid zwarte bloedcoagula [1]), de geheele placenta vrij flotteerde. In zeer korten tijd had ik de vliezen beneden dit orgaan verscheurd, een voetje gepakt en het kind benevens de nageboorte en de bloedcoagula naar buiten gebracht. De geheele operatie had stellig niet langer dan een kleine 10 minuten geduurd. De patiente was weinig daarvan aangegrepen, maar de baarmoeder trok zich niet te samen. Daar er niet veel bloed meer mocht verloren gaan, ging ik terstond over tot een compressie van de buikaorta. Dr. Degenaar en ik

[1]) Stellig 1½ à 2 liter.

drukten door de buikwand heen om beurten de gemakkelijk te palpeeren arterie toe en dat de manoeuvre efficace was bleek uit het onmiddellijk ophouden der bloeding. Wat wij echter niet bereikten, was een krachtige en voortdurende contractie van den uterus. Wel scheen het een oogenblik, dat wij ook hier de ervaring van de la Torre, dat de compressie der aorta het souvereine bloedstelpend middel zou zijn, omdat het den bloedstoevoer afsluit en den uterus tot contractie brengt, zouden kunnen bevestigen. De uterus contraheerde zich zelfs gedurende eenigen tijd zoo goed, dat ik van de gelegenheid gebruik maakte om nageboorte en kind aan een onderzoek te onderwerpen. Het resultaat kon echter niet vastgehouden worden: voor bloedstelping en contractie bleef een voortdurende compressie der aorta noodig. Ik nam daarom mijn toevlucht tot een tamponnade der baarmoederholte met sublimaatgaas, dat ik toevallig bij mij had. Ik had deze manipulatie nog niet geheel ten einde gebracht, toen de patiente van onder mijn handen wegsprong, schreeuwende, dat zij het doodelijk benauwd had en ging sterven. Binnen de minuut was zij een lijk. Wat kan de reden geweest zijn van dezen plotselingen dood? Verschijnselen van een plotselinge verhooging der reeds bestaande anaemie waren afwezig. Noch vermeerderde bloeding, noch klachten over duizeligheid; geen spoor van krampen; evenmin was de pols na den partus nog zwakker geworden, dan hij te voren was. De oorzaak van den dood zoek ik dan ook in een embolus. Juist hier, waar zoo lang van te voren de placenta had losgelaten, zullen de uterin-vaten op de aanhechtingsplaats van dit orgaan wel allen van trombi voorzien geweest zijn. En het invoeren van het sublimaatgaas, naast de overige aan den uterus verrichte manipulaties (massage, enz.), zal voldoende geweest zijn om een trombus los te maken.

Over het kind en de nageboorte moet ik nog het volgende mededeelen: de grootte van het kind beantwoordde aan de verwachting; het was stellig langer dan een dag dood geweest; over de geheele lichaamsoppervlakte was de epidermis los of verdwenen; het roode corium was sereus geïnfiltreerd. Aan de bleekroode placenta, die rond en uiterst dun was, zag men nergens eenig infarkt; over haar geheele oppervlakte bezat zij dezelfde matte, bleekroode kleur; hier en daar vond men een donkerzwart bloedcoagulum vastgehecht. Deze vondst is dus niet bewijzend voor de door Veit geheel op den voorgrond geplaatste meening, dat de loslating der placenta durante graviditate in laatste instantie afhankelijk zou zijn van de veranderingen, door een nephritis in de moederkoek teweeggebracht, ten minste, wanneer men aanneemt, dat eenigszins aanzienlijke bloedingen altijd gepaard gaan met de aanwezigheid van infarkten. Evenmin heb ik iets te weten kunnen komen van verschijnselen die op een sinds eenigen tijd bestaande nephritis wezen. Pat. had zich tot op het intreden der bloeding volkomen gezond gevoeld en niets abnormaals vertoond.

Iets over de behandeling van retroflexio uteri.

Het instrumentje, dat gij hier ziet, M. H.! en dat uitgevonden is door Adrian Schucking, moet dienen om op een eenvoudige en niet ge-

vaarvolle wijze den geretroflecteerden of geprolabeerden uterus aan de voorste vaginaalwand te hechten [1]). Zooals gij ziet, bestaat het uit een lange gebogene, maar aan het boveneinde 't meest gekromde buis, waarin zich door een kunstig mechanisme een stevige en aan de punt met een opening voorziene naald laat op en neer bewegen. De naald zelve is bij het instrument van Schucking verbonden aan vrij weeke, ineengevlochten metaaldraden; daar ik reeds terstond bij mijn eerste operatie met het instrumentje de ervaring maakte, dat genoemde weeke draden zich, door het geweld, waaraan zij blootstaan, in het opene gedeelte der buis ombogen, heb ik deze laten vervangen door één stevige, dikke en licht veerende draad. De draad zelve loopt bij gecacheerde naald tot op het einde der buis, waar zij opgenomen wordt in een hol metalen cilindertje, dat door dit vingervatsel, zou ik het willen noemen, op en neer bewogen kan worden. De naald moet dus de bewegingen van dit cilindertje volgen, wanneer ik de draad met nevensgaand schroefje fixeer. Is nu, nadat de naald met een stevige draad van carbolzijde gearmeerd en vervolgens gecacheerd is geworden, het instrumentje tot in den fundus van den te voren in anteversio-flexio gebrachten uterus gevoerd, dan behoeft men slechts op dit vingervatsel te drukken, om de naald door uterien- en vaginaalwand heen te stooten. Men neme natuurlijk voorzorgsmaatregelen om blaas of darmen niet te kwetsen. Is de top van de naald goed zichtbaar, dan neme men de draad in een haakje, trek de naald terug en voer de draad verder naar buiten. Het eene einde daarvan komt dus na verwijdering van het instrument uit het ost. uteri te hangen, het andere door de vaginaalwand te voorschijn. Men moet de draadeinden, voor het leggen van de knoop, stevig aantrekken. Op dit laatste berust voor een deel het succes der operatie.

Voor verdere bijzonderheden verwijs ik naar de artikelen van Schucking. Deze stelt zich voor, dat zijn operatie geroepen zal zijn, tal van voor hetzelfde doel bestemde, maar oneindig veel gevaarlijkere en moeielijkere operaties te verdringen. En dat zal haar zeker niet zwaar vallen, wanneer de ervaring leert, dat zij niet slechts eenvoudig en zonder gevaar te verrichten is, maar dat zij ook beantwoordt aan haar eigenlijk doel, het niet tijdelijk maar voor goed opheffen van bestaande liggingsveranderingen en de daarmee gepaard gaande bezwaren Ik weet wel, de echte chirurg van dezen tijd ziet er niet tegen op, om ter repositie en fixatie van een geretroflecteerden uterus of ter verscheuring van een paar adhaesies zoo even terloops het abdomen te openen: men doet nog wel erger dingen; maar ik ben er van overtuigd, dat zelfs die chirurg, die nooit door een treurige ervaring op dit gebied aan het onzekere resultaat van een laparotomie is herinnerd geworden, terstond in daarvoor passende gevallen de vaginaal-fixatie van Schucking beproeven zal, indien de voorloopige resultaten der operatie het slechts waarschijnlijk maken, dat zij evenveel praesteeren kan als de verschillende soorten van ventro-fixatie. Ik zeg, voorloopige resultaten, M. H., want de methoden der ventro-fixatie hebben evenmin als de operatie van Schucking een voldoend langen proeftijd achter den rug, om reeds nu een oordeel te

[1]) Centralblatt für Gynaekologie, n°. 12, n°. 35 en n°. 42.

kunnen vellen over definitieve resultaten. En wat bij gelijke uitkomsten, naast het minder gevaarlijke en het meer eenvoudige, der vaginaal-fixatie nog bovendien ten goede komt, is de positie, waarin de uterus gefixeerd wordt; deze wordt niet opgehangen ver boven zijn gewone standplaats, maar blijft binnen de bekkenholte [1]).

Evenmin behoeft volgens mijne meening de vaginaal-fixatie de vlag te strijken voor de zooveel besproken Alexander-operatie, die, zooals men weet, in een verkorting der ligg. rot. bestaat. Het schijnt het lot van de meeste operateurs te zijn, dat deze operatie in hunne handen òf geheel faalt (zij kunnen de te verkorten ligamenten niet vinden) òf onvoldoende resultaten geeft. Mij is de operatie mislukt; eens heb ik de ligamenten niet kunnen vinden, een andermaal zag ik geen resultaat.

Een andere vraag is, of wij met de indicaties meegaan kunnen, die Schucking voor de operatie stelt. Ik voor mij zou het bedenkelijk vinden, om elken geretroflecteerden uterus, die bezwaren maakt en door geen pessarium in situ te houden is, aan de voorste vaginaalwand te hechten. En stellig volgt men, zoo handelend, geen rationeele therapie. Deze houdt de aetiologie van het lijden, dat zij bestrijden wil, in het oog en tracht verhoudingen in het leven te roepen, welke niet of zoo weinig mogelijk verschillen van die, welke bij den geheel normalen mensch voorkomen.

Er zijn veel te veel pseudo-membranen, te veel onderlinge vergroeiingen van het perimetrium en te veel litteekens in 't parametrium, restes van vroegere ontstekingen, die weerstand bieden aan de resorbeerende werking van een pessarium of van de in goede positie gebrachte baarmoeder, en de bezwaren aan deze afwijkingen verbonden kunnen zoo geheel het ziektebeeld beheerschen, dat die der retroflexie geheel op den achtergrond treden, kunnen dus van te ernstigen aard zijn, dan dat wij gerechtigd zouden zijn elken uterus, die zich reponeeren laat, in situ te fixeeren, zelfs vóór dat wij alle middelen beproefd hebben, om de oorzaak van het lijden, dikwijls de oorzaak van de klachten der patiente, op te heffen. Gij kent de middelen, die tot het verdwijnen der genoemde afwijkingen kunnen bijdragen. De niet-specialist neemt uit den aard der zaak gemeenlijk zijn toevlucht tot de resorbeerende middelen, die hem helaas, ondanks hun aantal, niet zelden in den steek laten.

Schultze heeft een methode aangegeven, om onder chloroformnarcose in één of meer zittingen bestaande pseudomembranen of vergroeiingen geweldadig te vernietigen. Ook hiermede wordt niet altijd het voorgestelde doel bereikt. Ik zelf ben in de gelegenheid geweest dit te constateeren bij een patiente, die ik den hoogleeraar heb toegezonden, kort nadat hij zijn methode gepubliceerd had. Later heb ik haar zelf nog een

[1]) Reeds om deze reden zou ik voorloopig de ventrofixatie volgens Polk niet durven aanraden; maar bovendien komt het mij voor, dat zij bij dikke, vetrijke buikwanden groote praktische moeielijkheden zal opleveren. Polk brengt den uterus in sterke anteflexie, zoodat de achterwand tegen de voorste buikwand komt aan te leggen; hij voert dan een sterk gekromde, stevige, met dikke zijde voorziene naald door de buikwand, verder door de achterwand van den uterus en weer door de buikwand naar buiten. Wordt nu de draad geknoopt, dan hangt de uterus aan de voorste buikwand. Na een paar weken wordt de draad verwijderd. De operatie hebbe natuurlijk onder strenge antiseptische maatregelen te geschieden.

paar malen beproefd. maar zonder succes. Ik wil daarmede de methode niet geheel afbreken, maar het is natuurlijk, dat ik mij van haar afwendde, toen meer algemeen bekend werd, wat Thure Brandt met zijn massage vermocht. Aan de resultaten, verkregen bij een paar patienten, door mij naar Thure Brandt en Profanter gezonden, zag ik, welke uitgebreide pseudomembranen en vergroeiingen, welke verouderde litteekens nog onder een behandeling met massage verdwenen. Ik heb na dien tijd herhaaldelijk gynaecologische afwijkingen gemasseerd, en alhoewel ik nog niet in de gelegenheid geweest ben mijn techniek te vormen aan de bron zelve, ben ik toch met mijn resultaten zeer tevreden. Zoo heb ik o. a. twee gevallen behandeld met retroflexio uteri fixata. Bij een dezer, dat sinds een paar maanden in behandeling is, lag de uterus met den fundus naar achteren en rechts, geheel onbeweeglijk, te midden van allerlei membranen, die het onmogelijk maakten zich nauwkeurig rekenschap te geven van de positie van de rechter-annexa en van het ovarium. Links waren er geen afwijkingen van beteekenis. Zelden heb ik zoo groote gevoeligheid van het abdomen waargenomen, en wat zeer merkwaardig was, alle pijn werd gepercipieerd in de linkerzijde. Wanneer ik drukte of masseerde in de rechterzijde, dan werd nooit over pijn daar ter plaatse geklaagd, maar oefende patiente links een drukking uit, om den pijn, die zij daar voelde, wat dragelijker te maken. Elke beweging was hinderlijk en ontstond daardoor pijn, wat onveranderlijk bij eenige inspanning of dergelijke geschiedde, dan werd die slechts links, nooit rechts gevoeld. Bovendien leed patiente aan een endometritis, tengevolge waarvan zij altijd een etterachtige, vuile, stinkende vloeistof per vaginam verloor. De menstruatie was pijnlijk en zeer profuus.

Ik heb patiente dagelijks gedurende 10 minuten gemasseerd en 's avonds een geprolongeerde vaginale heetwaterdouche laten geven. Het verkregen resultaat is in zeker opzicht verrassend. Reeds na 14 dagen was de gevoeligheid van het abdomen belangrijk afgenomen, de stinkende fluor albus verdwenen en de uterus een weinig bewegelijk, terwijl zich de annexa zeer duidelijk van den uterus lieten afscheiden, zonder dat het mogelijk was, ze onderling te onderscheiden. Dr. Delhez, die huismedicus van patiente is, heeft zich voor eenige dagen kunnen overtuigen, dat het op dit oogenblik reeds mogelijk is, den uterus niet slechts tot in het midden van het abdomen, maar tot drie vingers breed voorbij de linea alba in de linkerzijde te brengen, zonder dat patiente daarbij eenige uitingen van pijn geeft. De uterus blijft na zulk een repositie nog niet liggen; den volgenden ochtend heeft hij zijn vicieusen stand weer ingenomen. De tuba en het ovarium der zieke zijde zijn thans duidelijk te palpeeren en slechts weinig gevoelig. Ik hoop bij voortgezette behandeling een volledig resultaat te zullen bereiken [1]).

Dit bereikte ik niet in een ander geval, waar de uterus eveneens naar

---

[1]) Patiente, die aan een hartgebrek lijdt en bovendien uiterst nerveus is, heeft voor eenigen tijd, wegens toenemende verschijnselen van nerveusiteit de behandeling moeten staken. De locale toestand is zeer bevredigend; patient loopt met een elastieken buikband (Martin'sche Binde) en voelt zich daarmede, nu zij hem leert verdragen, zeer goed. De uterus staat zonder pessarium een weinig naar achteren en rechts.

achteren en rechts gefixeerd lag, ten gevolge van vergroeiingen van de annexa en het uiterst pijnlijke ovarium. Daarbij stonden de ligg. sacro-uterina strak gespannen en was vooral het linker zeer gevoelig. Een endometritis vergezelde deze verschijnselen. In 't geheel heb ik patiente twee maanden gemasseerd. Van die lange behandeling wil ik slechts aanstippen, dat de peri- en parametritische verschijnselen, de groote gevoeligheid van het ovarium en der ligg. sacro-uterina, de abnormale spanning van het lig. lat. dextr. op het eind der behandeling geheel verdwenen waren, en dat de endometritis reeds na een 14 dagen zoo goed als geen verschijnselen meer bood. Dit is trouwens één van de vele voordeelen dezer therapie onder deze omstandigheden, dat zij geen bijzondere behandeling voor de endometritis noodzakelijk maakt.

De uterus was wel in goede positie te brengen, maar behield die niet. Ik heb dat meenen te moeten verklaren door een groote strakheid van de basis van het lig. lat. sinistr. en een sterke spanning van het lig. sacro-uterin. derzelfde zijde, die het mij niet mocht gelukken geheel op te heffen. Zoodra de uterus de verkeerde ligging innam, klaagde patiente over allerlei bezwaren, waarvan groote lendepijn en moeielijkheid en pijn bij de ontlasting de voornaamste waren. In dit geval meende ik, na vruchteloos beproefd te hebben met pessariën mijn doel te bereiken, tot de Schucking'sche vaginaal-fixatie te mogen overgaan. De operatie leverde weinig moeielijkheden op en afgezien van eenige gevoeligheid in den buik, die het appliceeren van ijs en het vroegtijdig wegnemen der draad (op den 10den dag na de operatie) noodzakelijk maakte, had het genezingsproces een ongestoord beloop. Reeds 14 dagen na de operatie bleek de uterus niet meer zoo sterk geanteflecteerd te liggen, als wel verwacht werd; een feit, dat gedeeltelijk zeker in verband moet gebracht worden met het vroegtijdig wegnemen der draden en misschien ook met het feit, dat ik durante operatione de draad niet stevig genoeg had aangetrokken. Vier maanden na de operatie was er echter in den toestand geen verandering ten slechte gekomen: patiente voelde zich volkomen goed en nu, een jaar later, schijnt nog altijd dezelfde gunstige toestand te bestaan. Toch zou ik, op deze ervaring af, de vaginaal-fixatie niet durven aanbevelen; van bewijzender kracht is de waarneming, die ik onlangs met Dr. Lodder uit O.-Beierland maakte. Zijn brief, gedateerd 4 Oct. ll., luidt aldus:

«Gaarne voldoe ik aan uw verzoek voorzooveel zulks in mijn vermogen is.

Vrouw L , oud 31 jaar, huwde op 18jarigen leeftijd; de 1ste menstruatie verscheen toen zij 16 jaren oud was; deze kwam in 't begin onregelmatig en was van pijnen vergezeld. Zij heeft 6 normale verlossingen gehad. Op den 24sten September 1888 verloste zij praematuur van tweelingen, die reeds in ontbinding verkeerden en erg stonken (onder leiding van een collega, den heer Hoogwerf). Na dezen partus ontstond een hevige fluor albus: overigens ging alles goed. In October echter raakte er patient erg slecht aan toe, werd veel duizelig, kon niets uitvoeren en sliep slecht. Zij consulteerde toen een bekend uroscoop, hier uit den omtrek, die zonder eenig onderzoek een ontzakking diagnosticeerde, welke met inwendige geneesmiddelen met succes zou bestreden worden, indien patiente de lange wandeling van haar dorp naar het zijne maar staakte. Eenmaal had zij echter deze wandeling van 2½ uur meêgemaakt en na

dien tijd werd haar toestand zichtbaar slechter. Er vertoonden zich ernstige hysterische klachten: tintelen der vingers, looze brakingen, benauwdheden in de maagstreek. Bovendien had zij voortdurenden aandrang tot ontlasting. In de eerste dagen van '89 werd mijne hulp voor het eerst ingeroepen: de familie meende, dat patiente op 't punt was te succombeeren; toen ik haar zag, vertoonde zij een waar beeld van ellende.

Zij had een passieve ligging aangenomen; het gezicht ingevallen en bleek, de vingers wit. Veel borborygeni en looze brakingen. Hevige benauwdheden, vooral klachten over de maagstreek. Pols matig gevuld, niet bijzonder frequent; geen temperatuursverhooging. Pulmonen en cor. zonder afwijking; geen albumen in de urine; voedselweigering; slechte defaecatie en voortdurend klachten over aandrang. Bij onderzoek van het genitaalapparaat vond ik een geretroflecteerden uterus, die een weinig vergroot, 8 ctm. lang was en door mij met de sonde werd gereponeerd. Nauwelijks was de uterus in normale ligging gebracht, of patiente voelde zich als door een wonder beter; alle onaangename verschijnselen waren binnen vijf minuten verdwenen en patiente sprak met iedereen en nam voedsel tot zich. 'k Twijfelde er niet aan, of de retroflexio uteri was de grond van al haar lijden en de hysterische verschijnselen waren afhankelijk van de liggingsafwijking. Mijn streven was toen den uterus in anteflexie te krijgen en houden. Pessaria van allerlei vorm bleken hiertoe niet in staat. Mijn poging, om door de Alexander-operatie den toestand in orde te krijgen, bleef, zooals gij weet, door 't breken van het ligamentum rotundum, zonder resultaat. Van Januari totdat gij kwaamt, bestonden de hysterische verschijnselen, zoodra de uterus, dien ik telkens reponeerde, in retroflexie lag. Uwe therapie slaagde naar wensch.

Op 't oogenblik ligt de uterus normaal en doet patiente haar huiselijke bezigheden. Zij heeft veel last van fluor albus, maar menstrueert geregeld.»

Mijn therapie heeft bestaan in de vaginaalfixatie volgens Schucking, die op den 3den Juni l.l. werd uitgevoerd. De uterus was te voren geëxcochleerd, omdat er een endometritis bestond; van ontsteking of restes daarvan in de omgeving der baarmoeder was niets te bespeuren. Vier maanden na de operatie dus is het resultaat nog onverzwakt [1]).

M. H.! Wanneer het mij gelukt is, u de overtuiging te schenken, dat men bij de behandeling van een retroflexio uteri niet altijd volgens dezelfde «Schablone» mag handelen en dat men somtijds met vrij eenvoudige en weinig gevaarlijke middelen in ernstige gevallen goede resultaten bereiken kan, dan is mijn doel bereikt.

D., 25 December 1889.

---

[1]) In een dergelijk geval, waar patiente hoofdzakelijk klachten had over lendepijn, moeielijke defaecatie en gevoel van zakking, die haar het loopen bemoeielijkte en waar evenmin ontsteking in de omgeving der baarmoeder aanwezig was maar zich een lichte prolaps van de uiterst slappe en wijde vagina vertoonde, heb ik voor veertien dagen geopereerd. Het voorloopige resultaat is bevredigend. De patient loopt zonder bezwaren rond. De draad moet echter nog weggenomen worden.

GECOMBINEERDE KEERING BIJ PLACENTA PRAEVIA.

(Uit de kliniek van Prof. TREUB)

DOOR

J. A. Th. LIGTERINK,
Arts te Rotterdam.

Onder de anomaliën, die aanleiding geven tot ongunstigen afloop van een partus voor moeder en kind, neemt placenta praevia eene eerste plaats in.

Zoowel vóór — als gedurende — en na de verlossing verkeert de vrouw hierbij door bloedverlies in groot levensgevaar.

Dit bloedverlies kan reeds gedurende de zwangerschap beginnen, maar móet optreden bij het begin der weeën.

Wanneer eenmaal de contracties begonnen zijn, dan wordt, door verschuiving van den uteruswand ten opzichte van het ei, het verbindende weefsel, voornamelijk uit bloedvaten bestaande, meer en meer verscheurd; de voorliggende nageboorte laat meer of minder los. Hierdoor worden de sinus geopend; het bloedverlies wordt slechts zelden door thrombose dier sinus minder, is meestal zeer hevig en kan bij herhaald, soms reeds bij het eerste optreden direct levensgevaar voor de vrouw doen ontstaan.

Waren de weeën krachtig, verwijdde het ostium zich snel, daalde het voorliggend deel spoedig in, dan konden de geopende sinus dichtgedrukt worden, de partus snel verloopen en het bloedverlies gering zijn; bij placenta praevia zijn echter juist de weeën meestal zwak, het bloedverlies wordt spontaan door niets tegengegaan en zoo er niet ingegrepen wordt, stijgt het gevaar elke minuut.

Ook na de geboorte van het kind is het gevaar voor de moeder nog niet geweken; dikwijls treedt er na den partus atonie van den uterus en dientengevolge bloeding op; of de hier aanwezige, buitengewoon groote, broosheid van het weefsel van het halskanaal is oorzaak, dat, wanneer niet uitermate voorzichtig gehandeld wordt allicht diepgaande cervixrupturen ontstaan.

De gevolgen van een dergelijk bloedverlies, ook dan wanneer het betrekkelijk gering is, zullen veel meer merkbaar zijn bij een partus, die met placenta praevia gecompliceerd is geweest, dan bij eene normaal verloopende geboorte.

Bovendien wordt het leven der vrouw nog in het kraambed bedreigd door de, bij placenta praevia zoo vaak voorkomende, puerperale infectie. Dat daarvoor, hier meer dan bij andere verlossingen, gevaar bestaat is gemakkelijk verklaarbaar; de vingers komen n.l. bij het herhaald onderzoek en bij eventueel noodige manipulaties, direct met de aanhechtings-

plaats der placenta in aanraking, waar septische stoffen gretig opgenomen worden. En deze, eenmaal opgenomen, zullen ongetwijfeld meer dan anders hunne schadelijke werking kunnen uitoefenen, daar de kraamvrouw door het geleden bloedverlies, minder resistent is tegen schadelijke invloeden van welken aard ook.

Veel grooter dan onder andere omstandigheden is dus hier het gevaar, dat dreigt door onvolkomen antisepsis bij de baring.

Staat reeds de moeder aan zooveel gevaar bloot, voor het kind is de levenskans nog ongunstiger; een groot aantal kinderen wordt onvoldragen geboren, en van dezen sterven de meesten direct of zelfs bij de beste verpleging binnen weinige uren of dagen.

Maar ook wanneer de kinderen voldragen zijn, dan loopen zij nog groot gevaar te bezwijken, door het loslaten der placenta, zoo het overblijvende gedeelte voor de noodige gaswisseling ontoereikend is, door het bloedverlies der moeder of dóór het dichtdrukken der navelstreng tusschen geboortewegen en voorliggend hoofd.

Dat zulk eene gevaarlijke complicatie der geboorte, als placenta praevia is, steeds de belangstelling der verloskundigen gewekt heeft, toont ons de rijke literatuur over dit onderwerp en de verschillende methoden, die voor de behandeling beproefd zijn.

Men behoeft slechts het groote handboek van Müller op te slaan, om zich hiervan te overtuigen.

Waar wij in de eerste plaats de vroegere behandeling willen nagaan, is het voor ons doel overbodig volledig te zijn en wij zullen ons dus bepalen bij een Franschen-, een Duitschen- en een Engelschen schrijver.

Cazeaux [1]) raadt aan de vliezen te breken, houdt de bloeding niet op, de vagina te tamponeeren (onder compressie van het abdomen tegen inwendige bloeding) tot er voldoende ontsluiting is, om inwendige keering of tangextractie te verrichten.

Hohl [2]) gaat, bij belangrijke bloeding, tot accouchement forcé over, daar het onderste uterussegment zich zoo gemakkelijk juist bij placenta praevia door de hand laat dilateeren, zonder gevaar voor de moeder, zoo het maar voorzichtig en langzamerhand geschiedt.

Barnes [3]) gaat uit van het idee, dat de ontsluiting zoo langzaam vordert door de aanhechting van de placenta aan het onderste uterussegment, hij scheidt daarom in den omtrek van het ostium int. de placenta van den uteruswand, zoover de vingers reiken, bereikt hij de vliezen dan worden zij verscheurd; de partus wordt nu bij optredende weeën en indrijving van het voorliggend deel aan de natuur overgelaten; komen er geen weeën, dan brengt Barnes zijne bekende vioolvormige tampons in den cervix, om de bloeding te stillen en weeën op te wekken; deze tampons worden door hydrostatischen druk steeds meer uitgerekt en daarmede het ostium, tot volkomen ontsluiting hem in staat stelt keering of tangextractie te doen.

---

[1]) Cazeaux, Traité des accouchements 1858, pag. 727.

[2]) Hohl, Lehrbuch der Geburtshülfe 1862, S. 297.

[3]) Barnes 1864. Traité d'obstétrique, trad. par Cordes, Paris 1886.

Alle nieuwere Duitsche schrijvers als Schröder, Martin, Fritsch, Hecker, Spiegelberg enz. zijn het er over eens, dat, om definitief goede resultaten te hebben, de therapie zoo actief mogelijk moet zijn.

Vraagt men echter hoe men handelen moet, dan luiden de meeningen zeer verschillend. Bij de meesten speelt tamponade bij het begin der geboorte de hoofdrol, en omtrent het oogenblik, dat men ingrijpen zal, zijn de voorschriften zeer onnauwkeurig. Men moet n.l. met tamponeeren voortgaan tot de cervix voldoende voorbereid is! Maar wanneer is dit het geval? Hoe lang kan en mag men wachten?

De beantwoording dezer vraag is bij de bekende weeënzwakte zeer moeilijk; de ontsluiting vordert slechts uiterst langzaam, de vrouw ververliest steeds bloed; en afgezien van het bloedverlies, treedt bij langdurig tamponeeren nog een nieuw, niet gering te schatten gevaar, dreigende sepsis op.

Om de verlossing nu snel te termineeren, deed men keering en extractie; was het ostium nog niet wijd genoeg, om de hand door te laten, dan werd het uitgerekt of op verscheidene plaatsen zijdelings geincideerd.

Werden, reeds bij geringe ontsluiting, naast de placenta eivliezen gevonden (placenta praevia marginalis) dan brak men de vliezen; trok de baarmoeder zich hierna samen, dan nam zij de placenta mee naar boven, zoodat deze niet verder losliet; de bloeding stond en de partus verliep spontaan meestal zeer gunstig. Men had hierbij echter het bezwaar, dat zoo men later door te zwakke weeën en soms voortdurend bloedverlies, tot inwendige keering toch moest overgaan, deze wegens het afgeloopen vruchtwater meer moeilijkheden opleverde.

De resultaten onder dergelijke behandelingsmethoden verkregen waren vooral voor de moeders ongunstig.

Spiegelberg [1]) en Müller [2]) schatten de mortaliteit der moeders op 30%, Fritsch [3]) zelfs op 40%, Braun op 24%, Schwarz op 25%, Hecker) op 16,7%.

Uit de dissertatie van Kolff [5]) blijkt dat van af 1856—1879 te Leiden 26 gevallen voorkwamen met 11 doode moeders, dus eene mortaliteit van 42%.

Bij het vergelijken dezer cijfers met de hieronder volgende, mag men echter niet uit het oog verliezen, dat de meeste gevallen voor deze statistieken gebruikt, uit den voor-antiseptischen tijd dateeren.

Van de kinderen was de mortaliteit volgens Schwarz 75%, Barnes 64%, Müller 65%. Hecker 67%, Fritsch 60%, Spiegelberg en Braun 50%, Kolff 60%.

Stellen wij tegenover deze statistieken, waarvan de meeste over een zeer groot aantal waarnemingen loopen, de resultaten door Hofmeier [6])

---

[1]) Spiegelberg, Lehrbuch der Geburtshülfe 1882.

[2]) Müller, Placenta praevia, ihre Entwickelung und Behandlung.

[3]) Fritsch, Klinik der geburtshülflichen Operationen 1880.

[4]) Hecker, Bair. Aerztl. Intellig.-Blatt. 1873, N° 22 und Beobachtungen und Untersuchungen der Gebäranstalt. München 1881.

[5]) W. J. Kolff, Over placenta praevia. Leiden 1879.

[6]) Hofmeier, Zeitschrift für Geburtshülfe Bd. VIII.

en Behm [1]) in de laatste jaren gepubliceerd en verkregen, onder behandeling met gecombineerde keering, dan zijn de uitkomsten. respectievelijk verkregen sterftecijfers der moeders van 2,7% en 0% werkelijk verrassend.

Gecombineerde keering werd reeds in 1861 door Braxton Hicks [2]) (wiens naam later aan de operatie verbonden is geworden) bij placenta praevia verricht; de 5 gevallen, door hem vermeld, schijnen echter in dien tijd, ofschoon alle moeders gered werden, wegens de groote kindersterfte, weinig indruk gemaakt te hebben.

In 1872 vermeldt Fassbender [3]) vier gevallen van gecombineerde keering, waarvan één placenta praevia, met levende moeder en kind; hij drukt er op, dat eerst herhaalde poging (het vruchtwater was afgeloopen) slaagde.

In 1877 beveelt Martin [4]) gecombineerde keering bij placenta praevia om haar groote voordeelen aan; hij vermeldt 29 gevallen, waarbij placenta praevia totalis of lateralis aanwezig was; in alle gevallen werd gedurende de operatie weinig bloed verloren, «en», zegt Martin, «had ik mij met tamponade door de stuit vergenoegd en niet, onder invloed van toongevende auteurs, te veel op de rekbaarheid van het ostium vertrouwd en de extractie geforceerd, dan had ik zeer waarschijnlijk de 3 moeders, die ik aan acute anaemie, na cervixruptuur verloor, kunnen behouden». Behalve deze 3 door de geforceerde extractie stierven er 9 in het kraambed, samen dus 12 van de 29. d. i. 41,4%. De kindersterfte wordt niet opgegeven.

In 1877 eveneens, wordt gecombineerde keering bij placenta praevia door Schröder [5]) aanbevolen. Hij besluit met de woorden: «voor de beste therapie (n.l. bij placenta praevia lateralis) houd ik ook nu nog, zoo vroeg mogelijk de vliezen te breken, een voet door gecombineerde handgrepen af te halen, dan af te wachten en slechts de uitdrijving van het kind door voorzichtige extractie te ondersteunen».

In 1878 merkt Kaltenbach [6]) op, dat de technische moeilijkheden der gecombineerde keering veel overschat worden, terwijl deze toch juist bij placenta praevia gewoonlijk gemakkelijk is; men heeft n.l. meestal te doen met multiparae met slappe uitwendige genitaliën en vagina, met slappen buikwand en uteruswand en bijna altijd wordt bij het begin der geboorte, bij staande vliezen geopereerd.

Kaltenbach meent evenals Künecke [7]) dat de techniek der gecombineerde keering nog veel verbetering behoeft en beschrijft 2 gevallen,

---

[1]) Behm, Zeitschrift für Geburtshülfe Bd. IX.

[2]) Braxton Hicks, Lancet 1860, p. 248.

[3]) Fassbender, Wendung nach der Braxton Hicks'schen Methode, Berl. Beiträge zur Geburtsh. I 1872. S. 420.

[4]) Martin, Zeitschr. für praktische Medecin, N° 19, 1877.

[5]) Schröder, Zeitschr. für Geburtsh. und Gynaecologie. Ueber die Bedeutung des Blasensprunges bei Placenta praevia.

[6]) Kaltenbach, Zur combinirten Wendung auf die Füsse nach Braxton Hicks. Zeitschr. für Geburtsh. Bd. III, 1878, S. 185.

[7]) Braxton Hicks, „On combined external and internal version". Londen 1864. vert. door Künecke, Göttingen 1865.

waar bij de keering de stuit met opgeslagen extremiteiten voor het ostium kwam. Door verschuiven van de stuit, naar den kant waarheen de rug gekeerd was, vielen de voeten, als het ware, naar het ostium toe.

In het eene geval werd bovendien het kind gemakkelijk om zijn lengte-as geroteerd.

In 1882 publiceerde Hofmeier [1]) 37 gevallen van placenta praevia, die hij in ongeveer een jaar in de Berlijnsche polikliniek behandelde, dus onder omstandigheden zooals ze in de praktijk voorkomen.

Hij verrichtte hierbij in 30 gevallen gecombineerde keering, haalde 3maal bij stuitligging een voet af, deed 3 keer wegens complicaties (vernauwd bekken, prolapsus funiculi) inwendige keering en appliceerde eenmaal de forceps.

Van deze 37 gevallen, waarbij 16 plac. pr. totales, 15 — — laterales en 5 — — marginales waren, stierf één moeder; hij had dus een sterftecijfer van 2,7°/₀.

Deze laatste patiente was buiten zijn weten door den candidaat, gedurende 24 uur, met tamponade behandeld.

Van de 37 kinderen stierven er 23, dus 63°/₀.

In 1884 deelde de assistent van Gusserow, Dr. Behm [2]) 53 gevallen mede van placenta praevia, die hij in de Berlijnsche polikliniek behandelde. Hierbij was in 13 gevallen de therapie tamponade en inwendige keering of vliezen breken.

Deze 13 gevallen zijn juist zeer geschikt, om de voordeelen der gecombineerde keering te doen uitkomen. Er waren 3 placentae praeviae marginales, 5 — — laterales en 5 — — totales onder.

Van de 13 moeders stierven er 5, dus 30,8°/₀ en wel 2 aan acute anaemie korten tijd na den partus en 2 aan sepsis in het kraambed.

Van de 40 overige werd in 30 gevallen gecombineerde keering gedaan, 7maal werden de vliezen gebroken, 3maal kon de spontane geboorte afgewacht worden.

Bij genoemde 7 gevallen moest 3 keer tot inwendige keering (dus onder moeilijker condities) overgegaan worden; éénmaal werd bij voetligging aan den voet getrokken en 3 keer kon, bij schedelligging, de partus aan de natuur overgelaten worden.

Van de 40 dus behandelde gevallen stierf geene enkele moeder, dus 0°/₀, ook niet in het kraambed; opmerkelijk was ook, dat juist diegene koorts in het kraambed kregen, die door de vroedvrouw of den candidaat eerst met tamponade behandeld waren, n.l 5 pl. pr. laterales en 4 — — totales.

In 1884 zette Heinrich Meier [3]) in zijne dissertatie de serie van Behm voort; hij vermeldt 31 gevallen, die op deze manier behandeld waren, waarvan 3 doode moeders, dus 9,67°/₀. Van deze 3 kwam eene bijna uitgebloed, de tweede geinfecteerd in behandeling, de derde kreeg tengevolge van onvoorzichtige extractie door den candidaat een cervixruptuur. Van de 31 kinderen stierven 26, dus 83,8°/₀.

---

[1]) Hofmeier, Zeitschr. für Geburtsh. 1882. S. 89.

[2]) Behm, Zeitschr. für Geburtsh. Bd. IX.

[3]) H. Meier, Ueber comb. Wendung bei Plac. praevia, Berlin 1884.

In 1884 vermeldt Lomer, in het American Journal of obstetrics Dec. 84, 101 gevallen, aan de kliniek van Schröder ontleend, van placenta praevia voornamelijk door gecombineerde keering behandeld; hij had daarbij 7 doode moeders, waarbij ook de gevallen geteld zijn, die halfdood gebloed in de kliniek gebracht werden en die eerst met langdurige tamponade buiten, behandeld waren.

Van de kinderen stierven 50°/₀.

In 1888 geeft de assistent van Credé, Dr. Obermann, in het Archiv für Gynaecologie, verslag van 64 gevallen van placenta praevia gedurende 5 jaren in de kliniek te Leipzig voorgekomen.

Hierbij werd in 15 gevallen spontane geboorte afgewacht, tangextractie, inwendige keering of accouchement forcé gedaan; hiervan stierven 5 moeders dus 33⅓°/₀, aan acute anaemie of sepsis.

Bij de 49 overige gevallen, die met gecombineerde keering behandeld werden, waren 2 doode moeders, dus 2,1°/₀. Obermann zegt, naar aanleiding van deze 2 laatste gevallen, dat de eene kraamvrouw zoo uitgebloed op de kliniek gebracht werd, dat door geene enkele behandeling een goed resultaat zou verkregen zijn en dat bij de andere met zeer rigiden cervix, ter wille van het kind, de extractie bespoedigd werd; de in het laatste geval ontstane cervixruptuur moet aan de verkeerde toepassing der methode ten laste gelegd worden.

In 1888 maakte Nordmann[1]), assistent van Leopold, ook de resultaten bekend in de kliniek te Dresden, omtrent de behandeling van placenta praevia verkregen.

Behandeld werden 45 gevallen; hiervan werd:

1°. In 12 gevallen (waarvan 10 pl. pr. laterales) punctie van de vliezen gedaan, met watten of colpeurynter getamponeerd en spontane geboorte afgewacht. Geen enkele moeder stierf. Mortaliteit dus 0°/₀.

2°. In 23 gevallen (met 14 pl. pr. centrales) werd getamponeerd, soms na punctie van vliezen, tot er zooveel ontsluiting kwam, dat inwendige keering met onmiddellijk gevolgde extractie mogelijk was. Hierbij waren 4 doode moeders; bij 2 hunner werd cervixruptuur, bij de derde tevens sterke hydronephrose gevonden en eene kraamvrouw werd half uitgebloed binnengebracht. De mortaliteit dezer gevallen was dus 17°/₀.

3°. In 6 gevallen werd gecombineerde keering gedaan, na voorafgegane colpeuryse in 1 geval. Slechts één geval, dat moribund in de kliniek gebracht werd, verliep doodelijk. De mortaliteit dezer gevallen was dus 2,5°/₀. Van de kinderen stierven 60°/₀.

Na in hoofdzaak de waarnemingen van de laatste jaren vermeld te hebben, laten wij hieronder eenigzins uitvoeriger volgen de resultaten, die, in de Leidsche kliniek en polikliniek van Prof Treub, met gecombineerde keering verkregen zijn.

1. Prof. Treub werd 17 Febr. 87 in consult geroepen bij vr. v. E. te Rijnsburg, II para, graviditeit nagenoeg à terme. Zij had voor eene week eene lichte haemorrhagie gehad.

17 Febr. 87 's av. 7 uur kreeg pat. eene hevige bloeding; de medicus

[1]) Nordmann, Archiv für Gynaecologie 1888.

vond de vrouw te bed, bleek, pols bijna onvoelbaar, steeds bloedende. De placenta lag voor, ontsluiting 2—3 cM. De vagina werd getamponeerd met een doek, opgevuld met watten; 2 aetherinjecties werden gegeven.

Toen Prof. Treub ten 9½ uur kwam, stond de bloeding; het hoofd ballotteerde op den bekkeningang, de rug was naar links gekeerd, de voeten lagen rechts boven. Weeën ontbraken bijna geheel, de pols was zeer klein, doch duidelijk te tellen.

De vrouw werd dwars gelegd, de tampon weggenomen; placenta praevia totalis, ontsluiting ± rijksdaaldergrootte.

Vier vingers der linkerhand werden in de vagina gebracht, met 2 vingers placenta en vliezen doorboord, het hoofd naar links bewogen, met de rechterhand, van buiten, de voeten naar den bekkeningang geduwd, tot een voet kon worden aangehaakt en afgehaald.

De linkervoet kwam uit de vulva tot aan de knie. Tot hiertoe matige bloeding. De voet werd daarom aangetrokken gehouden, de vrouw op de zijde gelegd en toegedekt.

Spoedig kwamen er dolores, omstreeks 10½ uur begon de extremiteit snel verder uitgedreven te worden. Toen het bekken nagenoeg geboren was, werd de vrouw weer dwars gelegd en extractie, zeer gemakkelijk l. a. verricht.

Onmiddellijk daarna werd de placenta met de hand weggenomen.

Direct na den partus was de pols bijna niet voelbaar, doch na 2 aetherinjecties kwam ze weldra bij. Er was matige bloeding uit den zeer weeken uterus. Er werden 2 ergotine-injecties gegeven; de uterus werd met 2½ % koude carboloplossing geïrrigeerd, de vrouw te bed gelegd, toegedekt en van warme kruiken voorzien. De uterus werd met de hand bewaakt. Na ± een uur bleek de uterus goed gecontraheerd te blijven; er was totaal geen bloeding.

Kraambed normaal, zonder eenige temperatuursverhooging. Het kind kwam dood ter wereld. De harttonen waren flauw en onregelmatig hoorbaar vóór en na de gecombineerde keering.

2. Vr. H. geb. V. te Rijnsburg, 39 jaar, 7 kinderen, geen abortus, alle baringen normaal.

13 Maart '87 werd Dr. Hoog geroepen door de vroedvrouw, omdat de vrouw, die aan het eind der 8ste zwangerschap was, bloeding had. (De vroedvrouw behandelde in die dagen tevens eene patiente met septische infectie na abortus en had, tegen het verbod van Dr. Hoog in, vr. H. inwendig onderzocht.)

Toen de medicus kwam stond de bloeding. Geen dolores. 's Avonds ten 11 uur weer hevige bloeding; er werd een colpeurynter ingebracht, die van 's morgens af in carboloplossing gelegen had.

Ten 2 uur 's morgens (14 Maart) kwam Prof. Treub, vond bij de zeer anaemische vrouw de vrucht in lengteligging, den schedel ballotteerend op den ingang, de weeën matig frequent, doch zwak, ontsluiting 3 cM., overal placentair-weefsel voorliggend. Na doorboring van de placenta, werd door gecombineerde keering een voet afgehaald. Daarna geen bloeding.

Drie uur later werd door Dr. Hoog een levend kind geëxtraheerd,

dat na 36 uur stierf. Er was post partum belangrijke bloeding, die door massage, ergotine-injectie en irrigatie met koud water werd behandeld.

In 't kraambed trad een ernstige parametritis en dubbelzijdige phlebitis en periphlebitis van de onderste extremiteiten op (phlegmasia alba dolens), waarvan pat. echter na geruimen tijd herstelde.

3. Vr. Nieuwenburg te Leiden, 37 jaar, 12de zwangerschap, waarvan 4 abortus.

Nadat pat. reeds gedurende 2 maanden af en toe bloed had verloren, riep zij 3. 4. '87 poliklinische hulp in; er werd placenta praevia gediagnosticeerd en een jodoformgaastampon ingebracht. Pat. wordt 4. 4. '87 in de kliniek opgenomen, daar er weder bloeding optrad; deze wordt door tamponeeren van de vagina met jodoformgaas weer gestild.

Er wordt schedelligging geconstateerd; 6. 4. '87, 7,30 v.m. breken de vliezen spontaan, twee uren later wordt in narcose gecombineerde keering verricht. Er werd tusschen placenta en uteruswand ingedrongen, waartoe de geheele hand in de vagina en 3 vingers door het ostium gebracht werden. Na het afhalen van den voet stond de bloeding niet volkomen, daarom werd aan den voet voortdurend matig sterk getrokken, wat de bloeding volkomen stilde. Nadat langzamerhand weeën waren opgetreden, wordt 's av. 7 uur het voor een groot deel reeds geboren kind verder geëxtraheerd.

Het kind was dood; de harttonen waren na 3 uur 's middags plotseling niet meer gehoord; bij de geboorte van het kind was de oorzaak van den dood gevonden in het feit dat het kind reed op de navelstreng, wat, bij het in casu noodige trekken aan den voet, voor het kind eene doodelijke complicatie moest zijn.

De secundinae werden onmiddellijk door credeeren verwijderd. De optredende nabloeding werd gestild door tijdelijke tamponade met jodoformgaas. 't Kraambed was volkomen ongestoord.

4. Vrouw Bertels[1]) te Leiden, 18de zwangerschap, waarvan 2 abortus, 6 kinderen in leven, riep 22 Nov. '87 5 uur 's morgens de hulp der polikliniek in, wijl 't water gebroken was; zij had ± vier weken geleden eene bloeding gehad, die onder rust stond. De candidaat vond het water afloopend, de weeën zwak, geen bloedverlies, na eene flinke wee weer profuse bloeding. Prof. Treub kwam ten 5¾ uur, vond 5 cM. ontsluiting, de vrucht in linkerstuitligging. Met 2 vingers werd de placenta doorboord, de rechtervoet afgehaald en aangetrokken. Er werd met extractie doorgegaan, armen en hoofd l. a. ontwikkeld. Pat. kreeg gereedstaande ergotine-oplossing per os, de placenta werd volgens Credé verwijderd. Daarna kwam er bloeding, de cervix bleek niet ingescheurd te zijn; het cavum uteri werd met jodoformgaas opgevuld. De bloeding stond, de uterus was goed gecontraheerd.

Pat. werd toegedekt, kreeg warme kruiken en brandewijn. De uterus werd nog gedurende 2 uur bewaakt, bleef goed.

Om 3 uur 's middags werd de jodoformgaastampon verwijderd, de tem-

[1]) Ook vermeld in de dissertatie van C. Metzlar, Verslag der verloskundige kliniek en polikliniek te Leiden, 1887—1888.

peratuur wisselde tusschen 40° en 38,6°; na vaginaalirrigatie was ze 3,77.°.; verder ongestoorde genezing.

Het asphyctische kind werd door catheterisatie van de trachea, koud en warm water en Schultze's methode bijgebracht.

5. Vr. v. Gelder [1]) te Leiden, 11de zwangerschap, waarvan 1 abortus, 6 kinderen in leven, roept 29. 11. '87 's middags 2 uur poliklinische hulp in. De candidaat vond sterk bloedverlies, zwakke weeën, de vrucht in 1ste positie schedelligging, het cervicaalkanaal liet 1 vinger toe; vliezen werden gevoeld, geen placenta. 't Hoofd ballotteerde op den ingang. Er werd met jodoformgaas getamponeerd en aan Prof. Treub kennis gegeven; de contracties namen langzamerhand toe, zoodat Prof. Treub, ten 7 uur geroepen, vond: de diagnose bevestigd, de harttonen van het kind zeer zwak, bij wegnemen van den tampon hevige bloeding, de placenta rechts dicht bij het ost. int.

De vrouw werd dwars gelegd om door gecombineerde keering den rechtervoet af te halen, die eerst nadat het ostium zoover gerekt was, dat het 4 vingers doorliet, na breken der vliezen en geholpen door uitwendige handgrepen, gelukte. De voet werd aangetrokken gehouden; de bloeding stond. Ten 8 uur werden de dolores heviger, de bil werd zichtbaar, de vrucht werd nu verder l. a. geëxtraheerd.

Het sterk asphyctische kind werd l. a. bijgebracht. De placenta werd volgens Credé verwijderd, de uterus bleef goed samengetrokken en werd nog een half uur bewaakt.

Het bleek dat de vliezen op 3—4 cM. afstand van de placenta doorboord waren.

Het kraambed was volkomen normaal.

6. Vr. v. d. B. te Wassenaar, 35 jaar, multipara, riep begin Febr. 1888 de hulp van Prof. Treub in wegens bloeding.. Zij had reeds sedert een paar weken af en toe bloed verloren; kort te voren was de haemorrhagie zoo hevig geweest, dat de vroedvrouw meende te moeten tamponeeren. Zij had daarvoor eene groote, in het huishouden dagelijks gebruikte, spons genomen.

De vrouw was zeer anaemisch; uitwendig werd geconstateerd lengteligging, schedel ballotteerend op den ingang, harttonen uitermate zwak. Na verwijdering van de spons en irrigatie van de vagina met eene slappe carbolsolutie werd inwendig onderzocht en gevonden: ontsluiting 3 cM., rondom placentair-weefsel voorliggend. Bij het onderzoek matige bloeding. Weeën zwak en zeldzaam. Door gecombineerde keering werd een voet afgehaald, waarbij de placenta moest doorboord worden. De bloeding stond onmiddellijk. Een paar uur later geboorte van een levenloos kind.

In het kraambed sukkelde pat., vertoonde lichte koortsbeweging, zou af en toe krampen gehad hebben, terwijl de krachten eer af- dan toenamen. Pat. werd daarom 8 weken later in de kliniek van Prof. Huet opgenomen. Door diens welwillendheid ben ik in staat het verder verloop mee te deelen.

In de kliniek van Prof. Huet werd, behalve hooge graad van anaemie,

[1]) Dissertatie van C. Metzlar.

eerst alleen een z. g. phlegmasia alba dolens van het linkerbeen gevonden; onder voortdurend febriciteeren ontwikkelde zich eene sereuse pleuritis, en 2 dagen nadat met het apparaat van Potain 200 ccM. vocht geaspireerd waren, bezweek pat. plotseling.

Bij de sectie wordt gevonden: dubbelzijdige niet geheel sereuse pleuritis; in de rechterlong een gedeeltelijk verweekt infarct, waarvan het toevoerende vat een thrombus bevat.

Verder waren in beide ligamenta lata de vaten gethromboseerd. De vena iliaca dextra is geheel gevuld door een grooten thrombus, die van binnen verweekt is tot eene vuilgroene massa; naar beneden is de thrombus veel vaster.

De vena iliaca sin. is niet geheel geöblitereerd, doch heeft slechts een klein lumen meer, de rest is opgevuld door een thrombusmassa, die gedeeltelijk verweekt is en zich uitstrekt tot in de vena cava. De vena femoralis is geheel geöblitereerd door van binnen verweekte thrombi.

Ongetwijfeld was dus eene pyaemische phlebitis de oorzaak van den dood.

7. Vr. V. te Wassenaar, 38 jaar, IX para.

Aan het einde der 9de zwangerschap werd pat., die reeds af en toe bloed had verloren, door eene hevige haemorrhagie overvallen.

Toen Dr. v. d. Kellen kwam, stond de bloeding; er was dus geen oogenblikkelijke behandeling noodig.

Den 23sten Aug. '88 kwam Prof. Treub, eenige uren na de bloeding, bij pat. en vond de vrucht in lengteligging, schedel ballotteerend op den ingang, weeën zeer zwak, weinig frequent, cervix nog niet verstreken, op ostium int. overal placentairweefsel.

Gecombineerde keering en afhalen van een voet.

Geen bloeding meer. Onder langzaam toenemende weeën werd ± 24 uur later een dood kind geboren. Uitdrijving van de placenta zonder groot bloedverlies; kraambed ongestoord.

8. Vr. van Oosten, 38 jaar, IX para, 1 kind in leven, vorige baringen normaal, werd, op advies van Dr. Schouwman, assistent van Prof. Treub, 28 Juni '89 in de kliniek opgenomen.

In de 7de maand bloedde zij reeds nu en dan; vóór 3 weken werd de bloeding profuus, voor eenige dagen vloeide zij weder.

De diagnose was placenta praevia totalis, hoofdligging, bekken normaal. Aangezien voortdurend eenige bloeding aanwezig was, werd de vagina met jodoformgaas getamponeerd.

Den 29 Juni 's av. 9 uur vrij sterke bloeding, de tampon was uitgevallen, met behulp van een speculum wordt de vagina zoo sterk mogelijk met jodoformgaas opgevuld, de harttonen der vrucht zijn goed hoorbaar, maar de bloeding staat niet.

Prof. Treub wordt gewaarschuwd, vindt hevige bloeding en de harttonen zwak hoorbaar.

Pat. wordt naar de verloskamer gebracht, genarcotiseerd en door Prof. Treub gecombineerde keering verricht, een voet afgehaald en er aan getrokken; de bloeding staat.

Na de narcose was pat. zoo gecollabeerd, dat 2 injecties van campheraether

werden gegeven. Spoedig kwamen er flinke weeën. Om 12 uur werden geen foetale harttonen meer gehoord en reageerde de afgehaalde voet niet meer op tactiele prikkels.

Toen om 3 uur de romp grootendeels geboren was, werd de partus door Dr. Schouwman getermineerd. De placenta en de vliezen volgden terstond. Prophylactisch werd de uterus met jodoformgaas getamponeerd en werden twee ergotine-injecties gegeven.

De placenta was zijdelings ingescheurd. Het kind was dood. Het kraambed verliep volkomen normaal.

9. Vrouw van Velzen, XII para, 44 jaar, 6 kinderen in leven, vorige baringen normaal. Een candidaat roept 8 Aug. '89 5.30 v.m. voor deze vrouw de hulp van Dr. Schouwman in. Hij had reeds placenta praevia gediagnosticeerd en de vagina met jodoformgaas getamponeerd.

Dr. Schouwman vond de vrouw te bed, ondanks de tamponade bloedende, in de hoogste mate anaemisch, de pols zeer snel en bijna onvoelbaar. Nu en dan zou er een zwakke wee geweest zijn. Zij wordt zoo spoedig mogelijk per brancard naar het ziekenhuis vervoerd en in de verloskamer te bed gelegd. De bloeding staat na nieuwe tamponade. Zij collabeert echter meer en meer, de pols wordt onvoelbaar, de respiratie zeersnel. Er wordt campheraether ingespoten en portwijn gegeven, waarna pat. wat bijkomt. Bij onderzoek wordt gevonden: rechter schedelligging, geen harttonen.

Pat. bloedt weer; na verwijdering van den tampon voert Dr. Schouwman de rechterhand in de vagina, vindt het ostium 3 cM. open en de placenta geheel voorliggend. Het gelukt hem links, onder inscheuring der placenta, door de vliezen te komen en door gecombineerde keering een voet af te halen.

Aan dezen voet wordt getrokken, de bloeding staat; aan pat. worden van tijd tot tijd excitantia toegediend.

Spoedig treden er, ondanks den slechten toestand der vrouw, vrij krachtige weeën op, zoodat ten ± 11.30, toen het kind grootendeels uitgedreven was, de partus l. a. door extractie wordt getermineerd.

Zoo snel mogelijk worden de secundinae met de hand verwijderd, de uterus en vagina geïrrigeerd en met gesteriliseerd hydrophilegaas getamponeerd. De vrouw wordt snel gereinigd en in een verwarmd bed gebracht. Het kind was dood; de moeder komt door excitantia flink bij; den 3den dag wordt bij een temperatuur van 39,6 de tampon verwijderd, die afschuwelijk stonk, de temperatuur daalde [1]).

Pat. wordt krachtig gevoed, is den 5den dag afebriel en verlaat gezond den 16den dag de kliniek.

10. 's Morgens 8 Aug. '89 roept een candidaat de hulp van Dr. Schouwman in voor placenta praevia.

Vrouw Henzen, 39 jaar, VIII para te Leiden, vorige baringen normaal.

Nadat de diagnose bevestigd was, werd pat. naar de kliniek overgebracht. Zij had heden voor het eerst eene bloeding.

[1]) Zie mededeeling van Dr. Schouwman, Ned. Tijdschr. v. Verlosk. en Gynaec. Iste Jaargang bladz. 256.

Na aankomst bleek de haemorrhagie onder flinke tamponade niet te staan, waarom ten 12 uur door Dr. Schouwman, in narcose, tot gecombineerde keering werd overgegaan; dit geschiedde bij een slechts 2 cM. geopend ostium zonder bezwaar, onder zijdelingsche inscheuring van de placenta.

De afgehaalde voet werd aangetrokken, de bloeding stond.

Pat. ontwaakt spoedig uit de narcose, de weeën worden sterker, zoodat ten 2 ure het kind tot aan den navel geboren is. De partus wordt verder l. a. getermineerd.

Het kind leeft en is voor 9 maands tamelijk ontwikkeld.

De secundinae worden dadelijk met de hand verwijderd; de uterus wordt snel geïrrigeerd en met jodoformgaas getamponeerd, waarop de bloeding stond.

Het kraambed was volkomen normaal.

11. Vr. den H. te Wassenaar, 34 jaar, IX para, had sinds eenige weken af en toe bloedingen, kreeg 15 Oct. '89 eene hevige vloeiing.

16 Oct. vond Prof. Treub bij de niet anaemische vrouw, die na den vorigen dag niet meer gevloeid had, dat de cervix nog bestond, slechts voor 1 vinger te passeeren was; de placenta lag vóór, 't hoofd op den bekkeningang, rug links, geen dolores. Tamponade van de vagina met jodoformgaas. De daarop volgende nacht geringe weeën. 's Morgens 17 Oct. wordt de tampon uitgedreven; daarbij matige bloeding.

Ongeveer half twaalf 's morgens kwam Dr. Schouwman en deed bij 3 cM. ontsluiting gecombineerde keering, onder doorboring der placenta. Daarna was er geen bloeding; de vrouw wordt op de zijde gelegd, aantrekken van den voet onnoodig.

Anderhalf uur later wordt onder leiding van de vroedvrouw een asphyctisch kind geboren, dat door afwisselende aanwending van warme en koude baden spoedig bijkwam. De placenta werd gemakkelijk door credeeren verwijderd. Er is geen bloeding. Het kraambed verloopt normaal.

12. Juffr. N. te Wassenaar, 38 jaar, 7 kinderen, 2 abortus. Beide laatste kinderen ongeveer eene maand te vroeg geboren.

16 Oct. '89 kreeg pat., die ongeveer 2 à 3 weken voor het einde der zwangerschap was, eene hevige bloeding, die spontaan ophield, althans in zooverre er slechts een weinig bloed bleef afsijpelen.

Prof. Treub vond de vrouw te bed, zeer bleek, de pols klein en week, bijna onvoelbaar. Het hoofd ballotteerde op den ingang, de rug lag links, geen harttonen, ontsluiting 3—4 cM., placenta overal voorliggend. Het gelukte hem rechts langs de placenta te komen, door gecombineerde keering werd de rechtervoet gevat, daarna werden de vliezen gebroken en de voet afgehaald. De bloeding stond.

Weldra kwamen krachtige weeën; ± een uur na de keering werd onder leiding der vroedvrouw een dood kind geboren, de placenta gecredeerd; er was geen bloeding.

Het kraambed werd gestoord door eene lichte phlebitis van het rechterbeen. Nadat deze op weg van genezing was, kreeg pat. den 3den Nov. onder hevige schuddende koude rillingen verschijnselen van phlebitis

aan het linkerbeen. Daarbij was de stoornis in de veneuse circulatie zoo hevig, dat niettegenstaande het been onmiddellijk zeer hoog gelegd werd, aan de ondervlakte van de zeer oedemateuse kuit eene ongeveer handpalmgroote gangraeneuse plek ontstond. Toen Prof. Treub pat. den 7den Nov. weer zag, was op de gangraeneuse blauwzwarte plek de huid afgestooten. Het geheele onderbeen was koud, de teenen grootendeels donkerblauw, de sensibiliteit tot even onder de knie geheel verdwenen en van daar tot aan de lies verminderd. De teenen konden weer bewogen worden, wat eenige dagen geleden niet mogelijk was. De dij was zeer oedemateus en blauwachtig gemarmerd. Evenzoo het rechter labium majus. Pat. zag er slecht uit, febriciteerde de laatste dagen weer permanent. Het been wordt ingepakt in jodoformgaas, in afwachting welke therapie, door de uitbreiding van het gangreen, zou worden geïndiceerd en de tot nog toe gevolgde roboreerende, diaetetische behandeling voortgezet.

Nadat de algemeene toestand zich eenigszins gebeterd had en het oedeem van de dij veel verminderd was, werd den 27sten November door Prof. van Iterson het been onder de knie geamputeerd. Genezing ongestoord.

13. Vrouw Stork te Leiden, multipara.

Pat. wordt 's av. 10 Dec. '89 in de kliniek opgenomen, nadat zij reeds gedurende 3 weken af en toe had gevloeid. Schedelligging wordt geconstateerd. Er waren geen hartstonen te hooren. De jodoformgaastampon wordt weggenomen, pat. in narcose gebracht, de blaas per catheter geledigd en de vagina geïrrigeerd.

Aangezien het kind toch dood was, zag Prof. Treub er geen bezwaar in de keering door een der oudste candidaten te doen verrichten. Door dezen, den heer Maas, wordt om 10 uur bij 3 cM. ontsluiting gecombineerde keering vrij gemakkelijk verricht; hij doorboorde de placenta en haalde een voet af; de bloeding stond.

Drie uren later, 11 Dec. 's nachts 1 uur, wordt de vrucht, nadat zij grootendeels spontaan is uitgedreven, gemakkelijk geëxtraheerd. Het kind werd dood geboren. Placenta en vliezen werden dadelijk uitgedrukt; er is geen nabloeding.

't Kraambed werd gestoord door geringe temperatuursverhooging gedurende 2 dagen, tengevolge eener lichte mastitis die in resorptie overging. Na 11 dagen wordt pat. gezond ontslagen.

Uit de aangehaalde gevallen blijkt dat de resultaten, in de kliniek en polikliniek te Leiden van af 1887 tot 11 Dec. '89 door gecombineerde keering verkregen, zeer gunstig zijn. Van de 13 gevallen stierf ééne kraamvrouw (geval 6). De hierbij ontstane pyaemische phlebitis moet ongetwijfeld aan het tamponeeren met de vuile, dagelijks in het huishouden gebruikte, spons toegeschreven worden; we zouden dus het recht hebben dit sterfgeval niet mede te tellen, daar het niet aan de gecombineerde keering ten laste gelegd kan worden, en we zouden dus niet een sterftecijfer van 8% maar van 0% moeten aannemen.

Van de kinderen stierven er 8, dus ± 60%.

Trekken wij hiervan af 4 kinderen (gevallen 3, 9, 12 en 13) waarbij

vóór de gecombineerde keering geen harttonen meer te hooren waren, dan blijven er over 4, dus dan komen we op een sterftecijfer van ± 30°/₀.

Opmerkelijk was ook hier, dat bij de gevallen waar ernstige stoornissen in het kraambed voorkwamen, de patienten eerst onder behandeling eener vroedvrouw geweest waren. Bij de bekende afwezigheid van alle noties van antisepsis, bij de oudere vroedvrouwen, is dit feit gemakkelijk te verklaren, in verband met de reeds boven gememoreerde grootere kans op infectie bij placenta praevia. Van de andere patienten was dit alleen het geval bij N°. 9, als gevolg van de tamponade met gesteriliseerd hydrophilegaas, in plaats van jodoformgaas.

De kindersterfte, ruim 60°/₀ (welk getal, zooals boven aangetoond is tot 30 behoorde gereduceerd te worden), steekt gunstig af bij de 83°/₀ die bij Behm ten gronde gingen. Mogelijk moet dit hieraan geweten worden, waarop ook Nordman[1]) en Obermann[2]) wijzen, dat de tijd der uitdrijving over het algemeen korter was. Deze was bij Behm van ½ uur tot 11 uren.

Het is echter niet te ontkennen dat de getallen zoo klein zijn, dat toevallige omstandigheden hierop van grooten invloed kunnen zijn, zoodat ik aan de geringe kindersterfte in de beschreven gevallen geen al te groote waarde zou willen hechten.

In Leiden wordt bij placenta praevia, als regel, zeer streng scheiding gemaakt tusschen keering en extractie, het belang der moeder in de eerste plaats voor oogen gehouden; na de gecombineerde keering wordt steeds spontane geboorte afgewacht en slechts bij bloeding voorzichtig aan den voet getrokken tot deze staat.

In vele gevallen blijken er uren noodig geweest te zijn (in geval 7 zelfs 24 uur) voor, na de gecombineerde keering, extractie, zonder nadeel voor de moeder, mogelijk was.

Daar het in de verloskundige kliniek te Utrecht gewoonte was placenta praevia met tamponade te behandelen en eventueel inwendige keering te verrichten, paste ik gedurende mijn assistentschap (1887) ook deze methode toe; een geval van vernauwd bekken met staande vliezen in de kliniek en 3 gevallen later in de praktijk, leerden mij hoe gemakkelijk gecombineerde keering, vooral in narcose, was uit te voeren. Bij placenta praevia was gecombineerde keering nog niet door mij verricht. Hoogst welkom was mij daarom het volgende geval:

Vrouw H., Slakade te Rotterdam, IX para, 38 jaar, vorige baringen normaal, 4 kinderen in leven, riep 30 Nov. '89 's middags 2 uur mijne hulp in. De vrouw vloeide een weinig. Bij onderzoek bleek de 9de zwangerschap nagenoeg à terme te zijn. De vrucht lag in 1ste positie schedelligging, 't hoofd ballotteerde op den ingang, inwendig ballottement slechts hoog in den fornix ant. te voelen; met de linkerhand het hoofd fixeerende, voelde ik overal elders in den fornix mijne vingers door eene dikke, weeke massa van het harde hoofd gescheiden. Het ost. ext. was

---

1) l. c.
2) l. c.

open, het ost. int. even voor den vingertop toegankelijk en bedekt door een sponsachtige massa.

De diagnose was dus placenta praevia centralis.

De vrouw werd rustig te bed gelegd; de bloeding stond.

De raad werd gegeven bij weder optredende bloeding mij direct een boodschap te zenden.

1 Dec. 's avonds 8 uur werd ik weer geroepen.

Er was eene belangrijke bloeding; de weeën waren matig sterk voor placenta praevia, het ost. int. liet 2 vingers toe. De vrucht lag in dezelfde positie als vroeger.

Besloten werd direct gecombineerde keering te beproeven. De slappe genitaliën en buikwand deden mij narcose onnoodig achten.

De vrouw werd dwars gelegd, de linkerhand in de vagina gebracht, met 2 vingers placenta en vliezen geperforeerd, het hoofd naar links bewogen, de stuit naar den bekkeningang geduwd, een voet aangehaakt en zoover aangetrokken tot de tot nog toe nog al belangrijke bloeding stond.

De harttonen van het foetus waren nog duidelijk, doch zwakker.

De partus werd verder aan de natuur overgelaten, slechts zou aan den voet voorzichtig getrokken worden, wanneer de vrouw eventueel weer vloeide. Er waren toen geen weeën. De vrouw klaagde intusschen duizelig te zijn; zij zag bleek. De uterus werd gecontroleerd en de fundus gewreven. Na 2 aether-injecties en toedienen van brandewijngrog kwam pat. veel bij.

Ten ± 9.30 begonnen de weeën weer sterker te worden, ten ± 11 uur was het bekken van het foetus geboren, de extremiteiten begonnen blauw te worden, de navelstreng klopte flauw. Bij toucheeren werd nagenoeg volkomen ontsluiting gevonden. Voorzichtig werd daarom de de extractie l. a. verricht.

De secundinae werden onmiddellijk post partum door credeeren gemakkelijk weggenomen; de vrouw vloeide niet, de uterus was goed gecontraheerd.

Het asphyctische kind reageert nog op vinger inbrengen in de keel, het wordt l. a. in ± 10 minuten bijgebracht.

De uterus werd nog gedurende een uur gecontroleerd; bleef goed.

't Kraambed was normaal zonder eenige temperatuursverhooging.

Als voordeelen van de gecombineerde keering mogen bij placenta praevia genoemd worden:

1°. Men kan zeer vroeg ingrijpen, n.l. zoodra het cervicaalkanaal verstreken is en het ostium 2 vingers toelaat, dus op een oogenblik dat inwendige keering onmogelijk is, tenzij men accouchement forcé wilde wagen.

Men verkrijgt, door het afhalen van en zoo noodig trekken aan den voet, eene zekere en aseptische tamponade.

Meestal treft men het zoo, dat bij de belangrijke bloeding, de cervix verstreken of bijna verstreken is, en althans het ostium 2 vingers toelaat; dan breekt men de vliezen, eventueel bij placenta praevia totalis na doorboring der placenta, schuift het hoofd op zijde, duwt uitwendig de stuit naar den bekkeningang, grijpt een voet en trekt aan dezen tot

de bloeding staat. Gelukt het niet gemakkelijk een voet te grijpen, dan kan men zich, zooals Kaltenbach [1]) in 2 gevallen ondervond, het grijpen gemakkelijk maken door de stuit, in de richting waarheen de rug gekeerd is, te verschuiven; de voeten vallen dan van zelf naar het ostium toe.

Men bespaart der vrouw door dit vroege ingrijpen eene groote hoeveelheid bloed, die anders door onzekere tamponade en wisselen van tampons verloren ging; zij is dus resistenter om het vervolg van den partus te ondergaan.

2°. Vermijding van langdurige tamponade. Het tamponeeren is niet altijd geheel te vermijden. Wanneer men n.l. vindt, wat o.a. volgens Martin [2]) en Hofmeier [3]) bij belangrijke bloeding zeer zelden gebeurt, dat het ostium niet voor 2 vingers toegankelijk is, dan moet men tamponeeren (zie geval 11). Moet men de tamponade echter zoolang voortzetten, tot de ontsluiting volkomen is, dan worden, al tamponeert men ook met volkomen aseptisch materiaal, allicht bij het herhaald wisselen der tampons kleine verzuimen gepleegd en septische stoffen mede in de vagina gebracht; de tampon komt hoe langer hoe dichter bij de geopende sinus, de mikroörganismen vinden boven in de warme vagina een heerlijken broedoven, de resorptie is bij het anaemische individu zeer levendig, de uitscheiding langzaam. Er is dus groote kans voor sepsis.

Bij gecombineerde keering echter zal slechts zelden, en dan gedurende korten tijd, tamponade noodig zijn; de tampon ligt op grooteren afstand van de geopende vaten. Zeer spoedig is eene aseptische en zekere tamponade verkregen door afhalen van den voet.

3°. Men wordt bij gecombineerde keering in staat gesteld het verder verloop van den partus, zonder gevaar voor de moeder, kalm af te wachten. Bij het accouchement forcé tracht men zoo spoedig mogelijk den uterus te ledigen, om het kind te redden en door contractie van den uterus de bloeding te stillen. De gevolgen van eene dergelijke snelle ontlediging zijn vaak, zooals uit de geciteerde literatuur blijkt, cervixruptuur en atonia post partum, terwijl het kind in evenveel gevallen dood ter wereld komt. Het resultaat was dus meer doode moeders en niet meer levende kinderen.

Bij gecombineerde keering is men voor verder bloedverlies gewaarborgd, men wacht weeën af, die gewoonlijk spoedig komen, en trekt slechts aan den voet, zoo de vrouw bloed verliest. Men moet daarbij den moed hebben de extremiteit blauw te zien worden, de pressie der omgeving te weerstaan, desnoods het kind te laten sterven, maar alleen het belang der moeder voor oogen houden, waar eene poging tot redding van het kind toch slechts geringe kans op succes zou hebben, doch de vrouw in gevaar zou brengen.

4°. Men heeft den tijd om door analeptica de vrouw te doen bekomen. Heeft de pat. vóór of gedurende de operatie veel bloed verloren, dan geeft men haar wijn of cognac en daar ze dan meestal over dorst klagen, veel water.

---

[1]) t. c. S. 188.

[2]) l. c.

[3]) l. c.

Zoo noodig werken subcutane aetherinjecties hier ook voortreffelijk en kunnen geheel de in dergelijke gevallen beproefde transfusie van bloed, serum of keukenzout, waaraan vele bezwaren en gevaren verbonden zijn, overbodig maken.

5°. Men vermijdt nabloedingen door de langzame extractie. Deze werd door Behm consequent volgehouden; hij meent ook dat daardoor nabloedingen geheel vermeden worden. Het onderste uterussegment is n.l., volgens de vrij algemeen gehuldigde leer der Berlijnsche school, physiologisch atonisch, de geopende sinus zouden zich dus voornamelijk door drukking moeten sluiten.

Zij worden bij gecombineerde keering door den afgehaalden voet en de stuit dichtgedrukt. Hoe langer nu de extractie duurt, beweert Behm, des te vollediger zou deze sluiting tot stand komen. Hij schrijft dan ook de nabloedingen aan te snelle extractie toe (de extractie duurde bij Behm van $1/2$ uur tot 11 uren).

Hij zag in 3 gevallen van snelle extractie dood van de moeder aan acute anaemie zonder cervixruptuur.

De jongste onderzoekingen van Benckiser en Hofmeier[1]) leeren echter dat de atonie van het onderste uterussegment voor het tot stand komen van nabloedingen van weinig beteekenis is.

Uit praeparaten verkregen van bevroren cadavers van vrouwen, die in de eerste maanden van de zwangerschap, óf in de laatste maand óf in partu óf op den 1sten dag post partum gestorven waren, bleek hun, dat de art. uterina hare eerste belangrijke takken op de hoogte van den contractie-ring afgeeft, dat deze takken ringvormig om den uterus verloopen en slechts kleinere vaatjes naar het onderste uterussegment afgeven.

De contractie van het spiergedeelte (den Hohlmuskel van Schröder) zoude dus voldoende zijn, om nabloeding te voorkomen, daar dan de grootere arteries dichtgedrukt werden.

Wordt daarmede nu al de verklaring gewijzigd, het feit blijft hetzelfde en komt overeen met het ook, bij normale ligging der placenta, sinds lang waargenomene dat te snelle extractie aanleiding geeft tot atonia post partum.

Als nadeelen der methode worden genoemd: In de eerste plaats de groote kindersterfte.

Vergelijken wij echter de kindersterfte onder de vroegere behandelingsmethoden verkregen: Schwarz 75%, Hecker 67%, Barnes 64%, Müller 64%, Fritsch 60%, Spiegelberg en Braun 50%, Kolff (Simon Thomas) 58% met die van Lomer[2]) 50%, Hofmeier 63%, Behm 83%, Leidsche kliniek en polikliniek van Prof. Treub ruim 60% (eigenlijk 30%, zie boven) dan blijkt dat de kinderen er bij gecombineerde keering niet veel slechter aan toe zijn.

Men moet echter hierbij bedenken dat de prognose voor het kind, bij placenta praevia, steeds slecht is, welke behandeling men ook toepasse.

---

[1]) Benckiser und Hofmeier, Beiträge zur Anatomie des schwangeren und kreissenden Uterus, Stuttgart 1887.

[2]) Lomer, American journal of Obstetrics, Dec. 1884.

Immers de placentair-circulatie wordt, om tweeërlei reden, voor de vrucht ongenoegzaam.

In de eerste plaats, doordat in het blootliggende en ook in het hoogerop losgemaakte deel der placenta. het moederlijk bloed naar buiten afvloeit, zoolang de vaten niet gethromboseerd zijn.

Noch in het eene, noch in het andere geval kan dus daar de placentair-circulatie geschieden.

Vervolgens wordt ook, in de overige gedeelten der placenta, de gaswisseling meer belemmerd, naarmate de vrouw zelve door het acute bloedverlies meer anaemisch geworden is. Voegt men bij deze twee voor het kind nadeelige omstandigheden, nog deze, dat dikwijls de baring vroegtijdig begint, dan is het duidelijk dat reeds bij voldragen (en a fortiori bij onvoldragen) kinderen, de levenskans bij placenta praevia slecht is, onafhankelijk van de behandeling.

Het perforeeren dèr placenta wordt door velen gevreesd, omdat daarbij het kind opgeofferd zou worden. Indien men echter bedenkt, dat bij de methode van Simpson en die van Barnes [1]), — waar respectievelijk de geheele of een deel der placenta losgemaakt wordt om den uterus tot contractie te brengen ter bloedstelping, — van de 141 kinderen 31°/₀ levend ter wereld kwamen (Barnes); dat deze methode in Engeland nog veel gevolgd wordt en ook voor de moeders geen bijzonder slechte resultaten geeft (bij Barnes stierven er van de 69 moeders 6 dus 9°/₀) dan zal toch eene perforatie van de placenta, waarbij dus nog een groot gedeelte intact blijft, de vrucht veel minder schaden.

Eene andere behandelingsmethode, die om hare goede resultaten naast gecombineerde keering gesteld werd, is in 1883 door Jungbluth [2]) aangegeven.

Jungbluth gaat van het principe uit, dat om goede resultaten te hebben, men zooveel mogelijk de normale geboorte moet nabootsen. Hij legt daarvoor, na zorgvuldige desinfectie der genitaliën, op eene bijzondere manier bereide cilinders van geperste spons in het cervicaalkanaal, al naar het noodig is 1—4 cilinders; deze spons stilt nu geleidelijk de bloeding, daar ze het wijder worden van het cervicaalkanaal door opzwellen volgt en zoo de sinus dichtdrukt. De bloeding staat, de weeën worden opgewekt en versterkt.

Jungbluth heeft in deze tamponade van het cervicaalkanaal zooveel vertrouwen, dat hij daarna de vrouw 3—8 uur laat rusten en haar soms verlaat.

Zoodra er bloed langs de cilinders siepelt, legt hij meerdere en nieuwe cilinders in, tot de ontsluiting volkomen is. Dan kan men bij staande vliezen en volkomen ontsluiting gemakkelijk opereeren, daar men, zonder voor cervixruptuur te vreezen, keeren en extraheeren kan; of zoo het hoofd in het bekken gedreven wordt, breekt men de vliezen en laat de uitdrijving aan de natuur over.

Uterusuitspoeling acht hij onnoodig, zelfs wegens het wegspoelen van

---

[1]) l. c. p. 577.

[2]) Jungbluth, Samml. klin. Vorträge v. Volkmann, n°. 235.

thrombi schadelijk; bij nabloeding vult Jungbluth den uterus geheel met spons op.

Van de 7 gevallen, die hij op deze manier behandelde, stierf geen enkele moeder; 2 kinderen bleven in leven.

Bij de beoordeeling der verschillende oudere en nieuwere methoden van behandeling moet niet vergeten worden, dat door de thans gebruikelijke nauwkeurige toepassing der antisepsis bij verlossingen, met elke methode betere resultaten dan vroeger te bereiken zijn.

Hierop wijst ook Nordmann[1]), die in de kliniek te Dresden 3 methoden n.l. vliezen breken met afwachten der spontane geboorte, tamponade met inwendige keering en gecombineerde keering toepaste (zie boven).

Hij verkreeg vooral met de eerste schoone resultaten.

Evenals overal moet ook hier gedifferencieerd worden, en, in elk bijzonder geval, die methode gevolgd worden, die voor dat geval het meest geschikt is.

Zoo zullen vele gevallen van placenta praevia, door vliezen breken, evengoed behandeld worden als door gecombineerde keering. In andere gevallen, waar het ostium gesloten is, moet, zooals boven reeds gezegd is, althans in den beginne getamponeerd worden.

Eene voorname vraag is echter: welke methode zich het best leent voor de praktijk? Al schijnen bijv. de resultaten van Jungbluth (ofschoon nog te weinig gevallen aldus behandeld zijn) verleidelijk, al moge de geperste spons door hem gebruikt, onder zijn persoonlijk toezicht bereid, ongevaarlijk zijn, de vraag is gewettigd of dit altijd het geval zal zijn?

Doch ook al ware dit zoo, dan nog zou het zeer moeielijk zijn dergelijk aseptisch materieel steeds te zijner beschikking te hebben.

Ook voor de eenvoudige vaginaaltamponade moet men natuurlijk antiseptisch materiaal gebruiken. Dit nu is wel is waar gemakkelijk in het jodoformgaas te vinden, doch reeds boven is er op gewezen dat bij deze behandeling, door het onvermijdelijke herhaald vernieuwen der tampons, vooral in de private praktijk, toch nog lichtelijk infectie plaats heeft, terwijl bovendien de werking der tamponade altijd eene onzekere is.

Bij gecombineerde keering daarentegen kan men in gevallen die voor deze behandeling geschikt zijn — en dat zijn de meeste — dadelijk ingrijpen, zoo men slechts zorgt dat de hand, waarmede men de vliezen en de placenta perforeert en keering verricht, rein is.

Men bereikt met deze zoo eenvoudige methode, waarbij geen bijzondere hulpmiddelen noodig zijn, resultaten, die zeker niet behoeven achter te staan bij die volgens andere, meer gecompliceerde methoden verkregen.

Is de gecombineerde keering dus niet bestemd om elke andere methode van behandeling geheel te verdringen, zij is én wegens haar eenvoud én wegens de daarmede bereikte resultaten ten volle waardig l'opération de choix te worden van alle praktische artsen.

Aan het einde mijner mededeeling gekomen, is het mij eene hoogst

---

[1]) l. c. p. 153.

aangename plicht, mijne diep gevoelde erkentelijkheid aan Prof. Treub uit te drukken.

Zijn opwekkend onderwijs, dat tot arbeid prikkelt, de ruime gelegenheid om van onderzoek en operaties te profiteeren, zijne welwillendheid en zijn vriendschappelijke omgang — wat ik vooral in de laatste 6 maanden heb mogen ondervinden — kunnen door mij niet genoeg gewaardeerd worden.

Ook aan zijn assistent, den Heer Schouwman, mijn dank voor de vriendschappelijke wijze, waarop hij mij bij het verzamelen van het materiaal de behulpzame hand bood [1]).

Rotterdam, Januari 1890.

---

[1]) Nadat deze mededeeling reeds voor den druk gereed was, werd in de Leidsche kliniek een geval van placenta praevia lateralis behandeld met gunstigen afloop voor moeder en kind, en door Prof. Treub te Wassenaar eene pl. pr. centralis, eveneens met gecombineerde keering, behandeld. In het eerste geval was de graviditeit à terme, in het tweede c[a]. 7 weken daarvoor. Hier werd 18 uren na de versie een dood kind geboren. Deze beide gevallen en het mijne met de 13 andere samengerekend, geven tot resultaat in cijfers: mortaliteit van de moeders 1 van de 16, d.i. ruim 6°/₀, voor de kinderen 9 van de 16, dus ruim 56°/₀.

DE JODOFORMGAAS-TAMPONNADE DER PERITONEAALHOLTE,

DOOR

Dr. W. J. VAN STOCKUM,
Assistent bij de Chirurgische Kliniek te Leiden.

In 1886 schreef Miculics zijn zeker wel aan de meeste lezers van dit tijdschrift bekende verhandeling «Ueber die Ausschaltung todter Raüme aus der Peritonealhöhle» [1]).

Uitgaande van het feit dat de resultaten der myomotomie zooveel slechter waren dan die der ovariotomie (toen ter tijde bedroeg de mortaliteit bij Schröder 7 % voor de ovariotomie en 32 % voor de myomotomie, bij Martin waren die cijfers 3 % en 38,3 %) deed hij een poging om door een nieuwe wijze van behandeling verbetering te verkrijgen. Hij meende namelijk dat de slechte resultaten der myomotomie hoofdzakelijk veroorzaakt werden door het achterblijven van groote, niet door peritoneum bekleede wondvlakten in de buikholte. Vooral vreesde hij de aanwezigheid van deze wondvlakten in het kleine bekken, omdat daar de wondsecreta blijven stagneeren en niet zooals die van wondvlakten van den buikwand b. v. kunnen afvloeien naar door gezond peritoneum bedekte plaatsen, waar zij snel geresorbeerd worden. De door anderen voorgestelde en uitgevoerde wijzen van drainage, als de glasdrains van Koeberlé, de vaginaaldrainage van Peaslee en Sims, het buikspeculum van Hegar achtte hij onvoldoende of gevaarlijk.

Beter maar toch niet geheel betrouwbaar, en ook niet in alle gevallen te gebruiken, achtte hij de methoden die ten doel hebben de wondvlakte door hechting extraperitoneaal te brengen. Hierbij enucleëert men de zich in het bekkenbindweefsel bevindende tumoren subperitoneaal, en naait nu den gevormden peritoneaalzak dicht, of wel men hecht de randen daarvan aan de randen der buikwond. In beide gevallen wordt zoo de wondholte van de peritoneaalholte afgescheiden en de zoo gevormde «doode ruimte» kan naar de vagina of door de buikwond gedraineerd, of aan zichzelf worden overgelaten.

Het lag na de ervaring der chirurgen bij operaties in mondholte, rectum etc. zeker voor de hand de zooeven genoemde extraperitoneale wondholte nu door jodoformgaastamponnade te draineeren en aseptisch te houden. Inderdaad had in 1885 Küster [2]) een op deze wijze behandeld geval

---

[1]) Langenb. Archiv. Bd. 34 Hft. 3.

[2]) Ueber eine besondere Methode der Laparo-Myomotomie, Centralblatt f. Gynäk. 1885 n°: 1.

gepubliceerd en was ook deze handelwijze door Terrillon[1]) aanbevolen. Miculics nu was onafhankelijk van beide genoemde chirurgen ook zoo te werk gegaan. Ten einde het verwijderen van den tampon gemakkelijk te maken, nam hij een enkel stuk jodoformgaas, ter grootte van een zakdoek, en bevestigde in het midden daarvan een dikken zijden draad. Na afloop van het intraabdominale deel der operatie, vouwde hij den doek na bevochtiging met sublimaat in den vorm van een tabakszak te zamen, zoodat de draad aan de binnenzijde te liggen kwam. Deze zak werd nu tot in het diepste punt van het kleine bekken gebracht en daarna opgevuld met reepen jodoformgaas. De zijden draad hing daarbij met het vrije uiteinde uit den hals van den zak en diende nu later om zonder veel geweld deze weder uit den buik te verwijderen, nadat te voren de jodoformgaasreepen er uit waren getrokken.

Miculics meende m. i. terecht dat door deze wijze van doen, waarbij de zak als het ware geinverteerd, van onderen uit verwijderd werd, de verwijdering minder laesies zou veroorzaken dan wanneer de zak aan den bovenrand naar buiten werd getrokken. De buikwond werd hierna op een *niet al te klein* deel na, waaruit de tabakzak stak, gesloten[2]).

Miculics ging echter nog een stap verder en wendde zijn tabakzak ook aan, *daar waar de wondholte niet* door de vorming van een diaphragma van peritoneum buiten de buikholte gebracht kon worden, zoodat dus de darmen direkt tegen het jodoformgaas aan kwamen te liggen. Hij was dus de *eerste* die aanried, zich in de buikholte bevindende wondvlakten met jodoformgaas te tamponneeren. Het is duidelijk dat dit een geheel andere zaak is, dan hetgeen door Küster en Terrillon gedaan werd.

Van de *acht* door Miculics kort beschreven gevallen zijn er *vijf* waarbij de tampon zoo intraperitoneaal lag.

Slechts *één* daarvan eindigde letaal door peritonitis; het was echter een zoodanig gecompliceerd geval dat de getamponneerde vlakte niet als oorzaak der peritonitis behoeft beschouwd te worden. Vooral het derde geval is zeer bewijzend voor de bruikbaarheid der door Miculics aangewende behandeling. Bij een zeer uitgeputte vrouw werd een veretterde en innig met de omgeving vergroeide dermoidkyste geexstirpeerd. Daarbij werd blaas en darm verwond en moest een stuk van den kystewand achtergelaten worden. Ofschoon van den 10den dag af zich gedurende enkele dagen urine door de wond ontlastte, werd patiente na 24 dagen genezen ontslagen.

Miculics meent dat hij met zijn tampon een vierledig doel bereikt. Vooreerst stelpt deze de bloeding, vervolgens draineert hij zeer volkomen door de capillariteit van het gaas. Ook houdt de tampon de wondholte aseptisch en eindelijk sluit hij de wond van het cavum peritoneale af.

Alhoewel de beschreven methode van Miculics niet algemeen ingang heeft gevonden, als bewijs waarvoor moge dienen dat zij in Hofmeyer's *Grundriss der gynäkologischen Operationen* (1888) met geen enkel woord

---

[1]) Annales de gynécologie 1885. T. 24 — Centralblatt f. Chir. 1886 n°. 9.

[2]) Op deze wijze werd o. a. behandeld een der gevallen (n°. XVI) van Treub. Dit tijdschrift, 1ste Jaargang pag. 28.

vermeld wordt, zoo is zij toch door verschillende operateurs gebezigd.

Onder de gynaekologen was Fritsch[1]) de eerste die gelijktijdig en onafhankelijk van Miculics de buikholte door middel van jodoformgaas draineerde. Hij gebruikte daartoe smalle strooken, die waaiersgewijs in vele lagen werden samengevouwen en waarvan een der uiteinden door een *nauwe* opening werd naar buiten geleid. Ook deze waaiervormige tampon wordt gemakkelijk verwijderd.

Fritsch bezigde, in tegenstelling van Miculics, *droog* jodoformgaas. Hij paste zijne handelwijze toe in drie gevallen:

1°. Bij een geval van ovariotomie waarbij een groote veretterde ovariaalkyste, die gedeeltelijk intraligamentair zich ontwikkeld had en uitgebreide vergroeiing in de bekkenholte aanbood, niet geheel kon verwijderd worden. Een gedeeltelijk etterig geinfiltreerde, bloedende wondvlakte ter grootte van twee handpalmen bleef over, benevens een van een elastische ligatuur voorziene stomp. Na zeven dagen werd het verband en tevens de tampon gewisseld. Weder zeven dagen later werd de tampon voor goed verwijderd. Na drie weken was patiente genezen.

2°. Na verwijdering van een groote, gedeeltelijk intraligamentair gezetelde ovariaalkyste, bleef een groote, licht bloedende, wondvlakte over. Het verband was na twee dagen zeer nat, werd toch op den zevenden dag eerst gewisseld, eveneens de tampons. Zes dagen later werd de tampon verwijderd. Vier dagen later was de wond geheel genezen.

3°. Bij het wegnemen van een groote kyste bleven, ten gevolge van het losmaken van een menigte adhaesies, waaronder vele met de darmen, een aantal bloedende plekken over. Een groot stuk jodoformgaas daarop gelegd, stelpte de bloeding. Het verband werd weldra zeer nat maar werd toch eerst na acht dagen, gelijktijdig met de verwijdering van den tampon, gewisseld. Genezing volgde.

Onlangs werd door Lande[2]) een overzicht gegeven van de door Sänger met drainage behandelde laparotomiën. Zes daarvan waren met jodoformgaastamponnade behandeld. Van deze zes patienten stierven twee, weinige uren na de operatie aan hartparalyse.

Een derde stierf aan sepsis, 4 dagen p. o. Bij deze patient was een groote ovariaalkyste verwijderd, die zeer uitgebreid met de darmen vergroeid was, ten gevolge van een vroegere peritonitis. Er bleef een groote wondvlakte over, waarvan de bloeding niet anders dan door tamponnade was te stelpen. Reeds den volgenden dag werd wegens verschijnselen van sepsis de tampon verwisseld voor een elastieken catheter; uitspoelingen werden gemaakt, doch te vergeefs.

De drie overige genazen, n.l.:

a. Ovariotomie wegens sarcoma ovarii dextri. Aanzienlijke vergroeiing met de darmen. Na lospelling zakken de darmen wegens hunne onderlinge vergroeiingen niet in de overblijvende holte, maar vult deze zich met bloed. Steel wordt extraperitoneaal behandeld. In de wondholte wordt een duimdikke, vast in elkaar gedraaide jodoformgaastampon geschoven.

---

[1]) Ueber die Verwendung der Jodoformgaze in der Gynäkologie. Volkmann's Sammlung n°. 288, 1886.

[2]) Ueber Drainage der Bauchhöhle bei Laparotomien, Archiv für Gynaekologie, Bd. 36.

Deze wordt na 11 dagen voor een draineerbuis verwisseld, welke laatste nog 7 dagen blijft liggen. Hierna snelle genezing.

b. Ovariotomie wegens intraligamentair en retroperitoneaal ontwikkeld ovariaalkystoom. De tumor was met het net en peritoneum van het cavum Douglasii vergroeid, en breed met de zijvlakte van den uterus verbonden. Na de uitpelling blijft een groote, *zeer* sterk bloedende, holte over. Drainage door middel van een elastieken draineerbuis naar de vagina, verder wordt de holte vast getamponneerd met een vast ineengedraaide drie vingers dikke streng jodoformgaas, die nog los met zijden draad is omwonden en 25 cM. lang is. Na 3 dagen wordt deze tampon door een draineerbuis vervangen, welke nog 2 dagen blijft liggen. Nog een dag later wordt de vaginaaldraineerbuis verwijderd. Vijftien dagen na de operatie werd patient met een nauwe buikfistel, die zich veel later sloot, ontslagen.

c. Proeflaparotomie wegens een tumor waarvan de aard en zitplaats niet duidelijk was. Uitgebreide darm- en net-adhaesies werden gevonden. Te midden daarvan de tumor die uit een convoluut van samengegroeide dunne darmlissen en coecum bleek te bestaan. Waarschijnlijk moest de bestaande chronische ontsteking aan tuberculose worden toegeschreven. Tot stelping der sterke bloeding werd een jodoformgaastampon ingebracht. Gedurende twee dagen ontlastte zich daar langs veel bloederig serum; op den zesden dag p. o. werd het gaas verwijderd.

De ondervinding bij deze zes gevallen opgedaan en de vergelijking met gevallen door Sänger volgens andere methoden gedraineerd, brengen Lande tot de volgende opinie:

De *drainage* door middel van jodoformgaas is gebrekkig, daar de volgezogen tampon slechts weinig vocht in het verband brengt, en bij het uittrekken, door de reeds vernauwde opening veel vocht uit den tampon geperst wordt, en dus in de holte achterblijft; daarentegen is de bloedstelpende werking van het gaas onverbeterlijk en is de methode dus als *tamponnade* zeer aan te bevelen. Voor de drainage acht hij het beter een combinatie van jodoformgaas met glazen drains, zooals dit door Sänger in een aantal gevallen met goed gevolg werd uitgevoerd. Deze gebruikt daartoe rechthoekig gebogen buizen, die 12—15 cM. lang zijn en waarvan het lumen een doorsnede van 1 cM. heeft. Deze zijn van kleine zijdelingsche openingen voorzien. Deze buizen worden nu met een jodoformgaasstrook opgevuld; deze laatste verhindert door hare tegenwoordigheid het tot stand komen van infectie door de buis heen, en draineert door hare capillariteit, terwijl de buis verhindert dat de opening in de buikwond zich sluit. Bij sterke bloeding kan deze drainage met tamponnade gecombineerd worden.

In Frankrijk werd de methode van Miculics uitgevoerd door Pozzi [1]) en wel in drie gevallen, telkens met goed succes.

In het eerste geval, waarbij een intraligamentaire kyste werd verwijderd, bleef de gazen zak 6 dagen liggen. Het tweede was een dergelijk geval, het gaas werd na 8 dagen weggenomen. De derde maal werd de

[1]) Revue de Chirurgie 1888, pag. 343.

laparotomie verricht voor eene dubbelzijdige pyosalpinx. Nadat de operatie geëindigd was, bleef een groote holte over, die gedeeltelijk door den zeer verdunden wand van het rectum werd begrensd. Op den derden dag kwamen faeces door de wond; toch kwam spoedig genezing tot stand.

Prof. van Iterson paste de methode toe in het volgende geval:

Mevrouw K., 50 jaar oud. Heeft geen kinderen gehad. Sedert een half jaar heeft zij een gezwel in den buik bemerkt, dat vooral 's nachts aanleiding tot pijn gaf. Menstruatie geregeld, in de laatste maanden wat spoedig. Boven de symphysis werden *twee* ruim vuistgroote, beweegbare gezwellen gevonden; bij bimanueel onderzoek is de pars vaginalis duidelijk te voelen en normaal, beweegt zich met de gezwellen. Achter den naar voren gedrongen uterus is het bekken opgevuld door een harde, niet verplaatsbare tumormassa. Uterus vergroot.

11 Juli 1888 operatie, na gewone voorbereidingen. Incisie van navel tot symphysis. De twee met elkaar *verkleefde* gezwellen blijken de eene vast, de andere fluctueerend te zijn. Bij het lospellen en manipuleeren barst de eene en blijkt een op modder gelijkende stof te bevatten; het invloeien daarvan in de buikholte wordt zooveel mogelijk belet. Links wordt het gezonde ovarium gevonden. Rechts en links wordt het breede band onderbonden. Het uitpellen van de tumormassa uit het bekken gaat moeielijk, maar gelukt eindelijk. Elastieken ligatuur om den uterushals en vasa uterina. Hierboven wordt de uterus afgesneden, de stomp wordt *niet* gehecht. In de holte wordt nu een lap jodoformgaas à la Miculics gelegd. Buikwand gehecht tot op den ondersten wondhoek. In den zak worden 4 gaasstrooken gestopt, daarbij *verzuimd* de uiteinden naar buiten te voeren. Op den 2den dag braakt patient. De tampons worden nu *met den zak* verwijderd, daar ze er alleen niet konden uitgehaald worden. Er vloeit eenig donker bloed af. Met een lange korentang worden opnieuw 2 jodoformgaasstrooken ingebracht. Temp. tusschen 36,5° en 37,5°. Pols klein, tot 134. Steeds braken, weinig buikpijn, weinig tympanitis. Begint winden te loozen. Ructus. Champagne en ijs.

De twee volgende dagen bleef de pols frequent (120). Temp. hoogst 37,7°. Braken vermindert langzamerhand. Buik rustig. 4den dag jodoformgaasstrooken verwijderd en vervangen door twee draineerbuizen. Algemeene indruk goed. Buik volkomen rustig en onpijnlijk. Weer enkele flatus.

Sedert ongestoorde genezing; pat. wordt einde Juli genezen ontslagen. Later ontwikkelde zich in het onderste einde van het litteeken een kleine buikhernia, die pat. gemakkelijk door middel van een buikband met pelotte binnen houdt.

In een grooter aantal dan door een der voorgenoemde operateurs werd de methode toegepast door mijn vriend Prof Treub. Welwillend stond deze mij zijne aanteekeningen af. Ik laat hier de beschrijving van *twee typische* gevallen in extenso volgen, terwijl ik de overige vijftien kort vermeld. Voor een deel assisteerde ik zelf bij de operatie en behandelde ik de patienten na.

Mevr. N. N., 22 jaar, sinds ca. 3/4 jaar getrouwd. Onmiddellijk na het huwelijk kreeg pat. stinkenden fluor albus. Voor ruim drie maanden had zij, nadat de menses 3 weken te lang waren weggebleven, een hevige bloeding uit de genitalia. Eenigen tijd daarna heeft pat. pijn onder in den buik gekregen, die door beweging veel erger wordt, tijdens de menses niet heviger is dan anders en langzamerhand zoodanig is toegenomen, dat pat. nu geen tien minuten meer kan loopen. Menses profuser dan vroeger, zes dagen lang. Den 16den Nov. '89 vond Treub bij de lange, zeer anaemische en er lijdend uitziende vrouw den niet vergrooten uterus in anteflexie, niet pijnlijk bij druk, endometrium noch pijnlijk, noch bloedend bij sondeeren. Links naast den uterus was een harde, ongelijke, zeer pijnlijke, goed eigroote knobbel; rechts noch pijn, noch zwelling. Vijf dagen later werd patient in narcose onderzocht en daarbij geconstateerd dat de rechter adnexa normaal waren. Links bevond zich een ongeveer kleine sinaasappelgroot gezwel, dat aan het ondereinde breed met den uterus samenhing, naar boven daarvan iets verwijderd lag. Matig bewegelijk, van den bekkenwand goed af te scheiden, onregelmatig van oppervlak, hard van consistentie. De tuba, aan het uterine einde goed te voelen, verdwijnt in of achter het gezwel. Achter onder was twijfelachtig fibrine-knetteren waar te nemen.

Hoewel wegens het laatste verschijnsel aan de mogelijkheid eener gerupture erde extra-uterine graviditeit gedacht kon worden, werd op grond van de kleinheid van den uterus en op grond der meegedeelde anamnese (waarbij later nog bleek dat de maritus met een urethritis posterior chronica in het huwelijk getreden was) de diagnose op pyosalpinx gesteld.

Operatie 23 Nov. 1889 in het Hop. Wallon. Gewone voorbereiding.

Na opening der buikholte Trendelenburg'sche ligging. De tumor bleek inderdaad de uitgezette worstvormige, niet gewonden linker tuba te zijn. Na onderbinding en doorsnijding van het uterine einde werd gepoogd de tuba, die zeer innig met de achtervlakte van het breede band vergroeid was, daarvan los te maken. Dit gelukte met eenige moeite op deze wijze, dat de tuba werd uitgepeld uit een bekleedsel van vaste fibrinelagen, zoodat, na verwijdering van de tuba met het ovarium, een gapende licht bloedende holte overbleef. Rechts was de tuba door dunne adhaesies met het ovarium en met de achtervlakte van het breede band verbonden. Deze brides werden verscheurd en de rechter adnexa gejodoformiseerd. Na reiniging der buikholte werd in de gapende wondholte links een jodoformgaastampon gelegd, waarvan een einde tusschen de beide onderste hechtingen door, naar buiten geleid werd. Sluiting der buikholte met afwisselende diepe en oppervlakkige zijden hechtingen. Gewoon verband.

Temp. 's avonds 38,6°. Pols 84. Weinig pijn.

1ste dag p. o. Temp. tusschen 37,6° en 38,6°, pols tusschen 84 en 88.

2de dag p. o. Temp. 's morgens 38°, 's avonds 37,6°. In den ochtend van dien dag werd de tampon verwijderd. Tong vochtig, geen klachten, buik noch opgezet, noch gevoelig.

Daarna temp. beneden 37,5°. Genezing ongestoord.

Den 10den dag werden de hechtingen weggenomen, volkomen pr. int.

Den 14den dag p. o. stond pat. op en een week later verliet zij het

hospitaal. De pijn links was geweken en patiente kon reeds toen beter wandelen dan vóór de operatie.

Half Febr. onderzocht T. patiente nog eens. Anaemie wat minder, algemeene toestand uitstekend; nagenoeg geen drukgevoeligheid rechts en slechts een geringe drukgevoeligheid links.

Maria K., een klein tenger vrouwtje, virgo, 46 jaar oud, werd den 29sten Juni in de gynaekologische kliniek opgenomen.

De menstruatie verscheen op 15jarigen leeftijd, kwam verder om de maand, gedurende 3—4 dagen en bleef zoo onveranderd, totdat zij, nadat reeds eenige langere pauzen waren ingetreden, voor 4 maanden wegbleef.

Drie weken geleden kon pat. plotseling niet wateren. Nadat zij eenige malen gecatheteriseerd was, werd spontane urineloozing weer mogelijk, doch sinds dien tijd loopt het water voor een deel onwillekeurig af. Hetzelfde zou voor 1½ jaar hebben plaats gehad, doch toen was weldra spontane genezing tot stand gekomen. Eetlust goed, defaecatie met laxantia; pat. is niet vermagerd.

Dr. van Voorthuysen vond als oorzaak van de blaasstoornissen een grooten buiktumor, en zond pat. naar de kliniek.

Daar werd bij pat., die aan hart en nieren geen afwijkingen vertoonde, gevonden dat de buik sterk uitgezet was. Uitzetting sterker beneden den navel, onregelmatig, rechts meer dan links. In den buik bevindt zich een matig harde, ietwat elastische tumor, die van lever en nier goed af te scheiden is en in het bekken verdwijnt. Aan de linker voorzijde van het overigens van consistentie gladde, gelijkmatige gezwel bevindt zich een tot dicht bij den navel reikend fluctueerend deel, dat door applicatie van den catheter herkend wordt als de sterk gevulde blaas. Rechts is tusschen tumor en bekkenwand de sterk gespannen bovenrand van het lig. latum te voelen. Per vaginam blijkt de portio vaginalis geheel in den tumor te zijn opgenomen. Het gezwel puilt achter de portio in de vagina uit. De uterus ligt naar links gedisloceerd. Het cavum meet met de sonde 11 cM.

Diagnose rechtszijdig intraligamentair fibromyoom.

Laparotomie na de gewone voorbereiding den 5den Juli 1889.

Incisie van ongeveer 12 cM. lengte, die slechts een klein eind onder den navel reikt, zoover als vroeger de fundus van de uitgezette blaas stond. Nadat de tumor op die wijze blootgelegd was, werd even boven de zeer hoog gelegen plica peritonei vesico-uterina het peritoneum geincideerd en de blaas stomp naar beneden geschoven. Door verlenging derzelfde incisie werd het rechter breede band aan de voorzijde geopend. Nadat daarop aan de buitenzijde van het ovarium het breede band was afgebonden en doorgesneden, kon nu de tumor stomp daaruit losgepeld worden, wat zonder veel moeite gelukte.

Na onderbinding en doorsnijding van den bovenrand van het linker breede band, lateraal van het ovarium, gelukte het om den cervix een elastieken ligatuur aan te leggen en daarboven den uterus met den tumor af te snijden. Cervicaalkanaal tweemaal met sublimaat uitgeveegd.

De in het breede band overblijvende wondholte, waarvan het onderste gedeelte in de elastieken ligatuur was opgenomen, werd opgevuld met een lange strook jodoformgaas, waarvan een einde uit de overigens op de

gewone wijze gehechte buikwond, tusschen twee hechtingen naar buiten komt. Gewoon verband.

1e dag p. o. temperatuur 's m. 37,2° 's av. 38,2°; pols 112 en 90. Volkomen euphorie.

2e dag p. o. temperatuur 's m. 37,2° 's av. 38°; pols 82 en 78.

3e dag. Heden wordt ca 65 uur p. o. de jodoformgaastampon verwijderd. Achter den met bloed gedrenkten tampon komt eene vrij groote hoeveelheid bruin gekleurd vocht uit de buikholte.

Grosso modo geschat bedroeg de hoeveelheid vocht ongeveer een eetlepel.

De temperatuur kwam dien dag niet hooger dan 37,4° en bleef verder beneden 37,6°.

16 Juli worden de draden weggenomen. Prima reunio.

Vier dagen later verlaat pat. het bed en den 26 Juli genezen het ziekenhuis. Na de operatie was de incontinentia urinae verdwenen en applicatie van den catheter was onnoodig.

Behalve in de beide beschrevene en het reeds vroeger [1]) meegedeelde geval (No. XVII) van myomotomie met doodelijken afloop, heeft Treub nog de jodoformgaastamponnade aangewend in de volgende gevallen:

1. Jacoba K. geb. C. Operatie 18 Dec. 1887. Papillair ovariaalcystoom volkomen vergroeid in het kleine bekken, rechts van den uterus. Groote wondholte getamponneerd met tabakszak van jodoformgaas (methode Miculics) gevuld met drie jodoformgaasstrooken. Den derden dag werden 2, den vierden dag de laatste strook tegelijk met den zak verwijderd. Genezen.

2. Mevr. N. N. Kleine parovariaalcyste. Operatie 23 Sept. 1888. In de diepe holte van het breede band wordt een lange smalle strook jodoformgaas gelegd. Tampon na 2 × 24 uur weggenomen.

Hoogste temperatuur 1e dag 38,3°. Verder nooit hooger dan 37,6°. Eerste dagen pols tusschen 80 en 110. Pat. was de eerste dagen onrustig, zoodat het den indruk maakte alsof er eene lichte jodoformintoxicatie bestond. Den dag nadat de tampon verwijderd was, werd pat. veel rustiger. Ongestoorde genezing.

3. Maria D. geb. G. Pyosalpinx dextra. Operatie 5 Nov. 1888, terwijl pat. hoog koortste en zwaar ziek was. Er bestond acute bekkenperitonitis. Bij het losmaken van den sterk geadhaereerden tubairtumor uit het cavum Douglasii barstte de zak en kwam de stinkende etter in de buikholte. Na moeilijke verwijdering van de geheele tuba, jodoformgaastampon in het cavum Douglasii, waar op de plaatsen der adhaesie sterke parenchymateuse bloeding was. Nog geen 48 uur p. o. dood aan sepsis.

4. Grietje H. Carcinoom van het rechter ovarium. 14 November 1888 partieele exstirpatie van het gezwel, dat uit het cavum Douglasii moest weggepeld worden. Jodoformtampon in het cavum. Derden dag tampon verwijderd. Hoogste temperatuur 37,6°. Genezen.

5. Antje W. geb. B. Carcinoma ovarii. Operatie 28 Jan. 1889. Verwijdering van het als uterusmyoom gediagnosticeerde gezwel onmogelijk. Partieele verwijdering. Tamponnade met tabakszak van jodoformgaas met strooken gevuld. Pat. is zeer gecollabeerd. Volgenden morgen gestorven.

[1]) Dit tijdschrift. Jaargang I. p. 31.

6. Mijntje de K. geb. T. Intraligamentair fibromyoom. Operatie 17 April 1889. Tampon in holte van rechter breede band, na 3 × 24 uur verwijderd. In de eerste dagen lichte temperatuursverhooging. Genezing zonder stoornis.

7. Vrouw L. geb. J. Veretterde multiloculaire carcinomateuse ovariaalcyste. Operatie 21 Sept. 1889 terwijl pat. uitermate zwak was. Jodoformtampon in de na uitpelling overblijvende wondholte. 's Middags in collaps gestorven.

8. A. v. d. G. Cystoma ovarii dextri. Operatie 21 Sept. 1889. Tampon tegen bloedende wonden van adhaesies in het kleine bekken. Derden dag tampon verwijderd. Geen temperatuursverhooging. Genezen.

9. K. v. d. V. geb. V. Intraligamentaire kleine ovariaalcyste. Operatie 21 Sept. 1889. Tampon in holte van breede band. Derden dag verwijderd. Genezen.

10. Mevr. N. N. Klein intraligamentair ovariaalcystoom. Operatie 3 Nov. 1889. Tampon in holte van breede band, na 24 uur verwijderd. Hoogste temperatuur 37,6° (1e dag). Genezen.

11. Mevr. N. N. Dubbelzijdige sterk vergroeide oude pyosalpinx. Operatie 9 Nov. 1889. Aan beide zijden darmserosa ingescheurd bij het losmaken der adhaesies. Rechts en links tampon in de rondom bloedende holten, na het verwijderen der tubae overgebleven. Tampon na 2 × 24 uur verwijderd. Hoogste temperatuur 38,5° (2e en 3e dag p. o.). Genezen.

12. Mej. N. N. Intraligamentair fibromyoom. Operatie 8 Dec. 1889. Tampon in holte van breede band, na 2 × 24 uur verwijderd. Hoogste temperatuur 37,4°. Genezen.

13. Vr. J. geb. M. Enorm cervikaalmyoom. Operatie 21 Febr. 1890. Na uitpellen van den tumor rondom tot op de hoogte der vaginaalwanden, verwijdering door circulair afsnijden der vagina. Tampon in de wondholte van het losgepelde peritoneaalbekleedsel van het gezwel boven de gehechte vagina. Tampon na 2 × 24 uur verwijderd. Den 6den dag p. o. stierf pat. aan darmparalyse en insufficientie van de valvula mitralis. Bij de sectie werd geene peritonitis en zeer geringe darmverkleving gevonden.

14. Vr. V. geb. K. Intraligamentaire papillaire ovariaalcyste met chronische peritonitis en ascites. Operatie 3 Maart 1890. Tampon in de holte van het breede band. Hoogste temperatuur 1e dag 38,6°, 2e dag 38,1°. Tampon na 2 × 24 uur verwijderd. Genezen.

15. Mevr. N. N. Groot intraligamentair papillair cystoom van het rechter ovarium. Operatie 13 Maart 1890. Holte in het breede band met lange strook jodoformgaas opgevuld. Tampon na 40 uur verwijderd. Hoogste temperatuur 1e dag 38,1°, 2e dag 38,3°. Genezen.

Van de 18 gevallen [1]) zijn er dus slechts vijf gestorven en bij deze allen was de tampon geheel onschuldig aan den slechten afloop.

Treub is door de medegedeelde klinische waarnemingen er toe gekomen den tampon niet langer dan 2 × 24 uur te laten liggen of, waar de tampon te groot is om in eens weggenomen te worden, den 2den dag

---

[1]) Geval 1, 4, 5, 7, 8, 9 en 10 zullen uitvoerig beschreven worden in de dissertatie van den heer Heynsius, geval 2, 3 en 11 in die van den heer Enderlé en geval 13 in die van den heer Kern.

een gedeelte en hoogstens 3 × 24 uren p. o. het overige te verwijderen.

Overigens is aan het meegedeelte nog toe te voegen dat regelmatig het volgende waargenomen is. Bij de door Treub gevolgde verbandwijze droogt het einde der jodoformgaasstrook, dat buiten de buikholte blijft, snel uit en daarmede is alle draineerende werking, althans van een eenvoudige smalle strook opgeheven. Regelmatig komt bij het verwijderen van den tampon uit de opening een meer of minder groote hoeveelheid bruinrood vocht uit de wond, zooals in het eerste uitvoerig meegedeelde geval is beschreven.

Eindelijk belet de tamponnade met een jodoformgaasstrook niet in het minste de genezing der wonde per primam intentionem. Na het wegnemen van den tampon wordt de wond, na verwijdering van het uitgeloopen vocht, eenvoudig met het verband bedekt en als op den 10den dag de hechtingen verwijderd worden is de plaats, waar de tampon doorheen gegaan is, even volmaakt genezen als de rest der wond.

Ook van chirurgische zijde werd de methode van Miculics toegepast. In 1888 ried Hahn [1]) haar te bezigen bij circulairen darmnaad, vooral waar deze gemaakt wordt wegens darmgangraen bij beklemde breuken. Hij vermelde daarbij drie door hem geopereerde gevallen. Het eerste geval betrof een gangraeneuse dijbreuk. Een 20 cM. lang stuk darm werd gereseceerd. Hierop werd in de linea alba de buik geopend, de dichtgebonden darmuiteinden hierheen geleid en een circulaire darmnaad aangelegd. Na repositie van den darm werden nu strooken jodoformgaas zoodanig daartegen aangelegd, dat zij den naad geheel omhulden en door de buikwond naar buiten kwamen. Niettegenstaande de darmnaad niet hield, maar zich integendeel gedurende eenige dagen zelfs alle faeces door de wond ontlastten, was de vrouw na vijf weken geheel genezen.

In een tweede geval werd een 15 cM. lang darmstuk gereseceerd, van een gangraeneuse navelbreuk. Ook hier werd de darmnaad in jodoformgaas gehuld. Na drie dagen kwam een weinig darminhoud door de wond. Na twee maanden was de patient genezen.

Het derde geval betrof een *secundairen* darmnaad. Deze werd uitgevoerd ter genezing van een anus praeternaturalis. Op den dag na de operatie kwam een weinig darminhoud door de wond, na tien dagen werd het jodoformgaas verwijderd. Patient werd genezen ontslagen.

Hahn's assistent Cohn [2]) deelt mede, dat bovendien meermalen reepen jodoformgaas in de buikholte werden gelegd, wanneer het bij een herniotomie moeielijk was uit te maken of de beklemde darmlis al dan niet gangraeneus was. Deze werd dan voor de zekerheid op de beschreven wijze ingepakt.

Van veertien patienten, die zoo behandeld werden, is geen enkele aan peritonitis gestorven en zijn zelfs elf genezen. Tweemaal kwam het tot perforatie, waarna de patienten evenwel aan andere oorzaken stierven.

---

[1]) Eine Methode die Gefahren der Darmresection zu verringeren. (Berl. Kl. Wochenschr. 1888. N°. 26).

[2]) Die Resultate der Behandlung brandiger Brüche. Berl. Kl. Wochenschr. 1889. N°. 20 en 21.

Ook in de kliniek van Albert [1]) werd in het schooljaar 1888 driemaal deze methode toegepast.

Vooreerst in een geval van circulairen darmnaad, wegens anus praeter naturalis. Eerst na 6 dagen werd het verband gewisseld, toen bleek dat wat faeces uit de wond kwamen. Na drie weken was de patient genezen. (l. c. pag. 214.)

Vervolgens werd in een geval van resectio pylori een jodoformgaasstrook om den naad geslagen en door de wond naar buiten geleid. Deze werd na zes dagen verwijderd. Pat. genas (pag. 219).

Het derde geval, waarin een jodoformgaastampon in de buikholte werd gebracht, betrof een miltexstirpatie. Niettegenstaande een tampon ter grootte van een kinderhoofd in de wondholte werd gebracht, bezweek patient na eenige uren aan verbloeding (pag. 217).

In Billroth's kliniek [2]) werd eenmaal na een pylorusresectie, gecombineerd met gastro-enterotomie een strook jodoformgaas tegen den naad gelegd en door de buikwond naar buiten geleid. Vijftig uren na de operatie kwamen verschijnselen van perforatie, waaraan patient weldra bezweek.

In de Chirurgische kliniek alhier werd door Prof. van Iterson de methode die ons bezig houdt met goed gevolg aangewend in het volgende geval [3]): Een vrouw die reeds meermalen onder verschijnselen van Ileus op de interne afdeeling met succes was behandeld, werd op 15 Jan. 1889 weder daar opgenomen. Zij zeide in 13 dagen geene ontlasting gehad te hebben. Clysmata etc. hielpen niet. Op 25 Jan. begon zij te collabeeren en werd daarom naar de chirurgische afdeeling vervoerd. Een anus artificialis werd in de rechter regio iliaca aangelegd. Een groote hoeveelheid dunbreiige faeces werden ontlast. Nadat haar toestand weder aanmerkelijk verbeterd was, werd op 12 Febr. de buik geopend. Op de grens tusschen colon transversum en colon descendens wordt een strictuur gevonden.

Het toevoerende deel van den darm is sterk verwijd, het afvoerende zeer nauw. Resectie van het de strictuur bevattende deel van het colon. Het lumen van het aanvoerende deel wordt door slijmvliesnaad en Lembert'sche hechtingen verkleind en daarna de circulaire darmnaad aangelegd (mucosa-naad en tweerijige serosa-naad). Als hechtmateriaal wordt carbolcatgut gebruikt. Nadat de darm weder in de buikholte teruggebracht is, wordt aan beide zijden van den gehechten darm een strook jodoformgaas tegen den naad aangelegd en door de buikwond naar buiten geleid. Boven en beneden deze plaats wordt de wond gesloten. Jodoformverband. Analeptica. In de volgende dagen is de toestand tamelijk bevredigend; temperatuur is een weinig verhoogd. Na 5 dagen worden de jodoformgaasstrooken met vrij veel moeite verwijderd, daarna stroomt tamelijk veel etterachtig

---

[1]) Arbeiten und Jahresbericht der K. K. ersten chirurgischen Universitäts-Klinik zu Wien. Schuljahr 1888.

[2]) Dr. A. von Eiselsberg, Magenresectionen und Gastro-enterostomieen, in Prof. Billroth's Klinik. Langenb. Archiv. Bd. 39.

[3]) Gepubliceerd in de dissertatie van A. H. Vorstman: Zur Behandlung des Anus praeternaturalis und der Fistula stercoralis. Berlin 1889. Pag. 21.

vocht naar buiten. De holte wordt dadelijk met lauw boorwater uitgespoten, twee draineerbuizen ingevoerd. In den nacht daarna heeft patient ontlasting, niettegenstaande de anus artificialis nog functionneert. De drains werden langzamerhand verkort en weggelaten; na 34 dagen werd patient genezen ontslagen. Ook de anus artificialis was zonder chirurgisch ingrijpen gesloten. Als oorzaak van de strictuur werd een darmcarcinoom gevonden.

Uit de hiervoorgaande casuïstiek blijkt, dat voor de methode der jodoformgaastamponnade de indicaties reeds zijn uitgebreid en dat zij zelf reeds wijzigingen heeft ondergaan. Terwijl toch Miculics de methode slechts aanwendt bij *zeer groote* wondvlakten en vooral de draineerende werking op het oog heeft, gebruikt Fritsch haar ook bij bloedende wondvlakten en verbindt dus aan het denkbeeld drainage dat der bloedstelping, terwijl hij zelfs in zijn tweede geval een etterig geinfiltreerde, dus geinfecteerde wond achterlaat, die hij door bedekking met jodoformgaas onschadelijk maakt. Treub zien wij reeds bij *kleine* bloedende vlakten de tamponnade bezigen, terwijl de chirurgen nog verder gaan en *prophylactisch*, waar door een darmnaad gevaar voor perforatie-peritonitis bestaat, de methode aanwenden.

Zooals wij zeiden werd zij oók reeds gewijzigd. Immers Miculics en Fritsch laten den tampon geruimen tijd (± 7 dagen) liggen, verwisselen hem daarna voor een kleineren en dezen soms nog voor een draineerbuis en beoogen dus het verdwijnen der wondholte door middel van schrompeling en granulatie-vorming, terwijl Treub hem meestal slechts 36 à 48 uren laat liggen en dan voor goed verwijdert. In het eerste geval dus permanente tamponnade, in het tweede geval temporaire tamponnade. Deze laatste is dan gelijk te stellen met de in de chirurgie tegenwoordig zeer gebruikelijke secundaire hechting en heeft ten doel alle bloeding te stelpen en een droge en aseptische wond te maken.

De vraag is nu of een dezer methoden de voorkeur verdient en zoo ja welke, dan wel of *beide* hare indicaties hebben.

Ofschoon de tegenwoordige casuïstiek nog te klein is om deze vraag met zekerheid te beantwoorden en om over de waarde der methode in het geheel te oordeelen, zoo leert zij toch wel, dat het geen *direkt* gevaar oplevert een stuk jodoformgaas tijdelijk in de buikholte te laten liggen. De er tegen geopperde theoretische bezwaren, als gevaar voor jodoformintoxicatie, voor sepsis door het gedeeltelijk openblijven der wond en de moeielijkheid om de lappen te verwijderen, worden zeker door de medegedeelde gevallen voldoende weerlegd. Indien echter de van Miculics afkomstige voorstelling van het mechanisme der genezing, bij de toepassing dezer methoden de ware is, dan volgt daaruit mijns inziens een veel grooter bezwaar, en wel de vorming van uitgebreide darmadhaesies. Deze voorstelling toch is de volgende:

Zoodra de tampon in de buikholte ligt, begint zich rondom dezen een adhaesieve peritonitis te ontwikkelen, zoodat weldra het gaas ligt in een van de overige buikholte afgesloten holte, begrensd door de wondvlakte, de intestina, den bekkenwand en den buikwand. Daarvoor is het dus noodig, dat de tegen het gaas aanliggende darmlissen zoowel onderling als met het peritoneum parietale en met den buikwand verkleven. Wordt

nü na eenigen tijd het gaas verwijderd en voor een kleineren tampon of draineerbuis verwisseld, dan verkleint zich de holte door nader tot elkaar komen der wanden en granulatie-vorming, en wordt zij eindelijk aan zich zelf overgelaten, dan verdwijnt zij spoedig, hetzij door granulatie of door directe verkleving der wanden. In de plaats der holte moet dan echter een litteekenstreng overblijven, die zich uitstrekt van de vroegere wondvlakte in het bekken naar den buikwand, en hieraan moeten òf rondom darmlissen òf gedeeltelijk darmlissen en buikwand bevestigd zijn. Het kan op deze wijze niet anders of er moeten uitgebreide adhaesies tusschen darmen onderling en tusschen darmen en peritoneum parietale achterblijven. Dat werkelijk Miculics zich den gang van zaken zoo voorstelde, mogen blijken uit het volgende:

Hij zegt [1]: «als Fremdkörper ruft er überall wo er normales Peritoneum berührt Verklebungen hervor in Folge deren sich in kürzester Zeit eine abgeschlossene, den Gazebeutel einschliessende Höhle bildet».

Ook Fritsch is van dezelfde meening blijkens zijne uiting [2]: «Mittlerweile verkleben die Därme um die Gaze herum»; terwijl Hahn [3]) het adhaerent worden van de darmlis stilzwijgend aanneemt, als hij beweert, dat dit in casu, daar het in de mediane lijn plaats grijpt, weinig bezwaar oplevert; en Prof. van Iterson was er niet minder van overtuigd, dat de holte, waarin de tampon vijf dagen gelegen had, geheel was afgekapseld, toen hij *dadelijk* na het verwijderen van het gaas, de holte met boorwater uitspoot.

Deze klaarblijkelijk vrij algemeen gangbare meening, grondt zich op hetgeen wij weten aangaande het lot van vreemde lichamen in de buikholte. Deze worden afgekapseld. Dit is o. a. door Hallwachs [4] aangetoond voor zijde, spons en elastieken ligaturen, door Tillmans [5] en Rosenberger [6] voor dood en levend organisch materiaal bewezen. Ook Dembowski [7] naaide kleine stukjes jodoformgaas tegen het peritoneum parietale en vond deze na 1—3 weken afgekapseld.

Reeds voordat genoemde proeven genomen waren, was trouwens van de plasticiteit van het peritoneum partij getrokken door Volkmann bij de operatie van lever-echinococcus in twee tempi. De buik wordt daarbij boven den levertumor geopend en de wond met aseptisch gaas getamponneerd. Wanneer nu in de rondte de peritoneaalvlakten zijn vergroeid, wordt de echinococcuszak geopend, zonder dat gevaar voor invloeien van den inhoud in de buikholte bestaat. Volkmann neemt aan en andere als König en Hueter met hem, dat reeds na *vijf* of *zes* dagen zeker voldoende adhaesies zich gevormd hebben.

Op grond van eene analoge redeneering en rekening houdende met de resultaten der Volkmann'sche operatie en van eigen experimenten,

---

[1]) l. c. pag. 649. [2]) l. c. pag. 16. [3]) l. c. pag. 518.

[4]) Ueber Einheilung von organischem Materiale unter antiseptischen Cautelen. Langenb. Archiv. Bd. 24.

[5]) Exp. und Anat. Untersuchungen etc. Virch, Archiv. Bd. 78.

[6]) Ueber das Einheilen unter antisept. Cautelen etc. Langenb. Archiv. Bd. 25.

[7]) Ueber die Ursachen der peritonealen Adhäsionen nach chirurgischen Eingriffen etc. Langenb. Archiv. Bd. 37.

kwam Miculics[1]), van een ander standpunt de zaak beziende, tot de conclusie, dat de drainage der buikholte door middel van draineerbuizen af te keuren was, en wel omdat rondom de draineerbuis zich adhaesies vormen en dus het doel, de buikholte te draineeren, niet bereikt wordt, maar dit alleen gebeurt met de kleine holte waarin de buis ligt.

Dit algemeen aangenomen dogma volgende, geloofde ik dat ook zelfs van de *temporaire* jodoformgaas-tamponnade wel hetzelfde te verwachten was en ook daarna uitgebreide adhaesies zouden optreden. Ware dit werkelijk zoo. dan zou men de aanwending der methode zooveel mogelijk moeten beperken, want darmadhaesies worden algemeen beschouwd als een zooveel mogelijk te vermijden toegift na laparotomieën. De gevaren daaraan verbonden toch zijn niet gering te schatten. Vooreerst is herhaaldelijk na korteren of langeren tijd na laparotomieën ileus opgetreden, en in een groot deel dier gevallen werden darmadhaesies als de oorzaak daarvan gevonden. Maar ook al komt het niet tot ileus, dan kan toch vergroeiing der darmen onderling of met de omgeving stoornissen in de voortbeweging van den darminhoud teweegbrengen en kunnen de patienten levenslang gekweld worden door trekkende pijnen. Olshausen verrichte eenmaal een laparotomie voor de tweedemaal bij eene patiente, wegens dergelijke pijnen. Hij vond inderdaad de vermoedde adhaesies en na de losmaking daarvan zijn de bezwaren langzamerhand verminderd. Ik herinner mij ook nog levendig een patiente eenige jaren geleden door Prof. van Iterson geopereerd. Een paar jaar te voren was door een ander operateur een ovariaalkyste bij haar verwijderd; sedert leed zij aan bovengenoemde pijnen. Prof. van Iterson vond verder een kleinen tumor en meenende, dat deze wellicht de oorzaak der pijn kon zijn, besloot hij hem te verwijderen. Bij de operatie bleek de tumor een kleine, dun gesteelde, geheel vrije ovariaalkyste te zijn; de darmen waren echter alle tot *één* convoluut vergroeid. Van losmaken dier adhaesies was dus geen sprake. Patient behield dan ook haar pijn.

Bedenkende dat zekerheid omtrent het optreden van adhaesies *tengevolge* van jodoformgaas-tamponnade, hoe gewenscht ook, nog niet bestaat, heb ik mij nader van de daarbij ontstaande verhoudingen willen overtuigen en daartoe een reeks proeven op konijnen genomen. Om er echter over te kunnen oordeelen in hoeverre het *jodoformgaas* daarbij van invloed was, moest ik mij eerst een nauwkeurige kennis verschaffen van den toestand, waarin de buikholte geraakt na laparotomieën *zonder* drainage.

Voorzoover het den mensch betreft kan men daarvan op de hoogte komen door hetgeen gevonden wordt bij herhaalde laparotomieën bij dezelfde patient. Zulke gevallen zijn in den laatsten tijd in vrij groot aantal bekend gemaakt. Martin gaf in de zitting van 11 Mei 1888 der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaecologie, te Berlijn[2]) een verslag van zijne herhaalde laparotomieën, waarvan het aantal toen 22 bedroeg. In de opvolgende discussie[3]) bleek, dat Olshausen deze operatie 28maal verrichtte, terwijl ook andere operateurs kleinere ge-

---

[1]) Ueber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien. Langenb. Archiv. Bd. 26.

[2]) Zeitschrift f. Geburtshülfe und Gynäkologie. Bd. 15. pag. 264.

[3]) Idem. pag. 287.

tallen ter sprake brachten. Het resultaat der bespreking was, wat ons onderwerp betreft, het volgende: Regelmatig vond Martin darm-adhaesies aan den voorsten buikwand, dus aan het litteeken der laparotomie-wond. Slechts 2maal ontbraken alle adhaesies, 7maal waren geringe adhaesies aanwezig, vooral van het net, met den buikwand en met de darmen, 13maal daarentegen werden *uitgebreide* vergroeiingen gevonden. Niet alleen was het litteeken met de darmlissen, peritoneum (zal wel omentum moeten zijn) en tumor vergroeid, maar wat de tweede operatie veel lastiger maakte: ook de darmen waren onderling zeer innig vergroeid.

Olshausen meent ook dat darm-adhaesies aan het litteeken uiterst dikwijls voorkomen; ook onderlinge darm-adhaesies, en vooral zulke aan de stomp, kunnen de tweede operatie zeer bemoeielijken; toch komen «oft genug» gevallen voor, waar deze adhaesies geheel ontbreken. Gusserow verrichtte de tweede laparotomie bij 14 patiënten en vond in *alle* gevallen darm-adhaesies aan den voorsten buikwand, terwijl Veit van 4 gevallen 2maal het litteeken vrij vond.

Van andere operateurs noem ik van der Meij [1]), die 5maal een herhaalde laparotomie verrichtte en *geen enkele maal* adhaesies vond, Halbertsma [2]), die in 1 geval adhaesies aan het litteeken vond en Treub [3]), die eveneens in 1 geval een zeer geringe adhaesie van het net aan het litteeken constateerde.

Omtrent de oorzaken, die deze adhaesies tot stand brengen, bestaat nog altijd verschil van opinie. De meest verschillende dingen zijn er van beschuldigd.

Vooreerst is de lucht als oorzaak aangenomen. Nog onlangs heeft Obalinski [4]) als zijne meening geuit dat wellicht de invloed der atmospheer adhaesies zou kunnen veroorzaken. Deze opvatting wordt echter weerlegd door de bekende proeven van Wegner [5]), reeds in 1877 gepubliceerd. Wegner blies door middel van een spuit met troicar *niet* gesteriliseerde lucht in de peritoneaalholte van konijnen en honden. Hij blies daarbij deze holte zeer sterk op. Na eenige dagen was de lucht weder geresorbeerd. Bij sommige dieren herhaalde hij deze bewerking om de week, zelfs gedurende zeven maanden. In geen enkel geval werden, wanneer het dier na langeren of korteren tijd ter sectie kwam, vergroeiingen van ingewanden te samen of met den buikwand gevonden [6]). Toch hadden deze inblazingen, bij konijnen te minste, wel eenig effect. Het endothelium der serosa werd vettig gedegenereerd afgestooten en langzamerhand werd de geheele serosa hier en daar aanmerkelijk verdikt. Bij honden daarentegen kwamen nauw merkbare veranderingen voor. De lucht dus, zelfs *met hare mikroorganismen*, is niet in staat adhaesies te voorschijn te roepen.

---

[1]) Dit tijdschrift. Jaarg. I. pag. 311.

[2]) Ibidem.

[3]) Dit tijdschrift. Jaarg. I. pag. 36.

[4]) Ueber die secundären d. i. nach Eingriffen am Peritoneum auftretender Darmverschliessungen. Berl. Kl. Wochenschr. 1889. N°. 12.

[5]) Chirurgische Bemerkungen über die Peritonealhöhle. Langenb. Archiv. Bd. 20.

[6]) l. c. pag. 93.

Vervolgens worden begrijpelijkerwijze de al of niet te vermijden *manipulaties* aan darmen en peritoneum parietale als bron van vergroeiingen opgegeven. Men zoekt daarbij de eigenlijke oorzaak der adhaesies in de afschilfering van het endothelium, waarop verkleving onvermijdelijk zou moeten volgen. Deze meening is algemeen verbreid en in bijna elk handboek, waarin over de techniek van laparotomieën wordt gesproken, wordt met het oog hierop de raad gegeven de darmen zoo min mogelijk te betasten.

Verwonderlijk mag het zeker heeten, dat men de laesie der serosa als oorzaak van adhaesies zoo algemeen aannam, zonder dat getracht werd langs experimenteelen weg het al of niet juiste dier meening te bewijzen. Dit is eerst geschied in 1888 door Dembowski [1]), die met een goed gedesinfecteerden tandenborstel, bij 4 honden, na de buikholte geopend te hebben, een stuk van het peritoneum parietale zoo lang borstelde tot dat daar de serosa geheel vernietigd was. Hierop sloot hij de buikholte weder, doodde de dieren na 8 dagen en vond dat de geborstelde plekken weder genezen en glanzend waren, en dat er zich geen net noch darmen aan gehecht hadden. Hij durfde deze ruwe behandeling niet aan de darm-serosa doen ondergaan, maar besloot toch uit zijne experimenten dat ook deze na meer of min hard behandeld te zijn evenmin aanleiding tot vergroeiing zal geven. Het is duidelijk dat deze proefneming niet voldoende is, want het is toch de vraag hoe de hier en daar van haar endotheel beroofde *darm-serosa* zich te dezen opzichte gedraagt en in zijne proefnemingen was zelfs van eene serosa geen sprake meer. Ik heb gepoogd door eenige experimenten mij een oordeel hieromtrent te verschaffen en ben daartoe aldus te werk gegaan: Als instrument, waarmede de serosa gelaedeerd werd, heb ik eveneens een stevigen tandenborstel genomen die met aether gereinigd en vervolgens was gedesinfecteerd in den oven, die in de Leidsche chirurgische kliniek ter steriliseering van verbandmateriaal wordt gebruikt. Daarmede werd de darm-serosa zoodanig over den geheelen omtrek van den darm beklopt, dat de stevige haren van den borstel loodrecht op den darmwand neder kwamen, totdat de glans verdween en zelfs puntvormige bloedingen optraden.

Bij deze, zooals bij al mijne nog volgende proeven, werden de dieren in de operatie ruggelings op een plank gebonden, waarna de buik door knippen en scheeren van haren werd ontdaan, en met aether en daarna met 1°/₀₀ sublimaatoplossing gewasschen.

Proef 1. Konijn U. 28 Januari '90. Buik geopend in de linea alba. Voorliggende dikke darm wordt naar buiten getrokken. Over een lengte van 15 cM. wordt deze met den borstel bewerkt, totdat de glans der serosa geheel verdwenen is. Een dunne darmlis wordt over een lengte van 10 cM. eveneens behandeld. Repositie der darmen. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 8 Febr. Dier wordt met chloroform gedood. Obductie:

Dikke darm, dunne darm en net zijn aan den buikwand geadhaereerd. Verderop is de dikke darm vrij, en is zijne serosa melkwit verkleurd.

[1]) l. c.

Proef 2. Konijn V. 28 Jan. '90. Buik geopend in de linea alba. Een *niet* voorliggende dikke darmlis wordt te voorschijn getrokken en over een lengte van ± 15 cM. met den borstel bewerkt. De glans der serosa verdwijnt. Puntvormige bloedingen. Repositie zoodanig dat de bewerkte darm *niet* met den buikwand in aanraking komt. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 8 Febr. Chloroformdood. Obductie: Eenige darm-adhaesies aan den buikwand. Verder volstrekt geen adhaesies; de bewerkte darm is kenbaar aan haar melkwit uiterlijk (verdikking der serosa) en ligt geheel vrij.

Proef 3. Konijn W. 28 Jan. '90. Opening van den buik in de linea alba. Een *niet* voorliggende dunne darmlis wordt te voorschijn getrokken en met den borstel bewerkt over een lengte van 15 cM. Repositie zoodat de darmlis *geheel* door andere darmen is omgeven. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 8 Febr. Chloroformdood. Obductie: Absoluut geen adhaesies, ook niet aan de buikwond. Deze is genezen, de catgutdraden zijn nog niet verdwenen.

Alleen bij proef 1 was dus de beklopte darm met het peritoneum parietale, doch slechts voor een klein deel vergroeid. Deze vergroeiing is echter gelijk te stellen met die, welke *gezonde* darmlissen met den naad aangaan. Overigens waren de bewerkte darmen geheel vrij. Hieruit blijkt dus duidelijk dat in de zooveel minder intensieve laesie der darmserosa, zooals die door manipulaties tijdens eene laparotomie ontstaan kan, wel geen oorzaak gelegen kan zijn van het optreden van adhaesies, en dat dus waar het noodig is, krachtig aanvatten van de darmen niet angstvallig behoeft geschuwd te worden.

Ook het gebruik van *sterke antiseptica* is voor een oorzaak van darmadhaesies gehouden. Sommigen hielden carbol, anderen sublimaat voor schadelijker. Ook bij deze meening werd in een laesie van de serosa, ditmaal geen mechanische maar een chemische, de bron van het kwaad gezocht.
Aangezien echter om andere redenen het brengen van sterke antiseptica in de buikholte bij operaties tegenwoordig nagenoeg geheel vermeden wordt, is deze quaestie van gering practisch belang.
De vrees dat min of meer verwonde darm-serosae aanleiding zouden geven tot verkleving van andere daartegen aanliggende gedeelten van het peritoneum, bracht P. Müller[1]) er zelfs toe, om na laparotomie de darmlissen van elkaar gescheiden te houden, door in de buikholte groote hoeveelheden zoutwater (0,5%) te gieten. Het geheele beginsel der methode was onjuist omdat bij het bekende enorme resorptie-vermogen van het peritoneum, het zoutwater zeer snel verdwijnen moest, of waar het peritoneum ziek en dus het resorptie-vermogen zeer gering is, ophooping van vocht terecht als zeer gevaarlijk gevreesd wordt. En bovendien waar nu blijkt dat er in de laesie van de serosa geen kwaad steekt, daar is natuurlijk de methode dubbel veroordeeld.
De zoutwater-behandeling noem ik dan ook eigenlijk slechts omdat in de discussie over Müller's voordracht, Olshausen op de mogelijkheid

[1]) Voordracht in de 1ste Vergadering der Deutsche Gesellschaft für Gynaecologie in 1886, in München gehouden.

wees dat het in de buikholte gebrachte *jodoform* oorzaak van vergroeiingen zijn kan. Dembowski beproefde daarom ook deze stof bij zijne honden. Bij 4 dezer dieren bepoederde hij de blootgelegde darmen rijkelijk met jodoform, legde het net er over heen, bepoederde ook dit, en sloot de buikholte. Na een week vond hij dat tusschen darmen onderling, noch tusschen darmen en net, vergroeiingen waren opgetreden, terwijl het jodoform nog grootendeels *geheel vrij* in de buikholte lag. In dit opzicht onderscheidt het zich dus gunstig, wat prikkelende eigenschappen betreft, van andere poeders, want Wegner die Oost-Indische inkt en gesuspendeerd koolpoeder in de buikholte van konijnen spoot, vond deze stoffen later ook wel weder terug, maar adhaerent, afgekapseld als men wil, en bedekt door een dunne op serosa gelijkende laag.

Bij de vergelijking der resultaten van Wegner en Dembowski moet echter in het oog gehouden worden dat Wegner in den vóór-antiseptischen tijd of althans zonder voldoende antiseptische voorzorgen experimenteerde. Het is dus wel denkbaar dat wanneer hij proeven had genomen met gesteriliseerd materiaal, ook de door hem gebruikte poedervormige lichamen niet afgekapseld zouden zijn. Een punt van theoretisch belang dat ik hier echter moet laten rusten.

In de zooeven vermelde vergadering werd door Krukenberg het bij laparotomieën in de buikholte uitgestorte *bloed* voor adhaesie-vorming aansprakelijk gesteld. Ook die meening is door Dembowski weerlegd, die bij 4 honden een paar mesenteriaalvaten aansneed en zoo een vrij groote hoeveelheid bloed in de buikholte liet loopen. Na een week vond hij dat het bloed was geresorbeerd en *niet* tot adhaesie had aanleiding gegeven.

Zien wij nu wat experimenteel bekend is omtrent den invloed op het tot stand komen van adhaesies, uitgeoefend door *verwondingen* en achtergelaten *vreemde lichamen*, die in meerdere of mindere mate altijd voorkomen bij laparotomieën, dan blijkt uit de proeven van Dembowski, dat het wegnemen van een stuk van het peritoneum parietale geen aanleiding geeft tot darm-adhaesies. De uitkomst dezer proeven die op honden, genomen werden, is echter in tegenspraak met die van Sänger[1]), die bij 2 konijnen een stuk van het peritoneum parietale met daaronder liggende fascia en spieren reseceerde. Het eene dier bezweek in een dag aan acute sepsis, het andere echter vertoonde, toen het na 25 dagen gedood werd, uitgebreide vergroeiing van darmlissen aan de gemaakte wond. Aangezien hier dus tegenspraak bestaat, heb ik deze proeven op grootere schaal herhaald. Ten einde het defect op grooten afstand van de buikwond te kunnen aanleggen, opende ik meestal de buikholte zoover mogelijk naar rechts van de linea alba, liet nu het dier, dat op een plank gebonden was, bijna loodrecht houden met het bekken omhoog (Trendelenburg'sche ligging) en kon dan aan den linker zijdelingschen buikwand gemakkelijk een stuk peritoneum omsnijden. Daarna verwijderde ik dit omsneden stuk met een pincet, waarbij meestal fascia transversa en spierbundels mede gingen.

Proef 4. Konijn E. 30 Nov. '89. Buik geopend in de linea alba met lange snede. Trendelenburg'sche ligging. Een vierkant stuk peritoneum

[1]) Ueber desmoide Geschwülste der Bauchwand etc. Archiv f. Gynaekol. Bd. 24.

parietale (3—4 cM.) links van den buikwand wordt omsneden en met een pincet verwijderd. Fascia transversa en eenige spierbundels gaan mede. Defect ruim 1½ cM. van de laparotomie-wond verwijderd. Doorloopende naad met carbolzijde. Jodoformgaas-collodionverband. 16 Dec. Chloroformdood. Obductie: Bijna langs den geheelen buiknaad darm-adhaesies. Eveneens een darmlis stevig vastgegroeid aan het defect in het peritoneum. Dit is overigens geheel genezen en ziet er glanzend wit uit. Tusschen eerst en laatstgenoemde adhaesies is een met normaal peritoneum bedekte vlakte over.

Proef 5. Konijn. G. 7 Dec. '89. Buikopening in de linea alba door lange snede. Bijna alle darmen komen door persen naar buiten. Trendelenburg'sche ligging. Links een langwerpig stuk perit. parietale gereseceerd. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 23 Dec. Chloroformdood. Obductie: Darm-adhaesies aan buiknaad. Coecum geadhaereerd aan defect. Geen onderlinge darm-adhaesies. Groote normale vlakte tusschen naad- en defect-adhaesies.

Proef 6. Konijn O. 27 Dec. '89. Buik geopend buiten de rechter mamillairlijn. Links een stuk peritoneum parietale gereseceerd, de nier wordt daarbij ontbloot. Aanmerkelijke bloeding. De buik werd op de volgende wijze gesloten: Op twee tegenoverelkaar liggende punten worden de wondranden van het peritoneum met pincetten aangevat en tot elkaar gebracht. Daaronder wordt met een derde (arterie-) pincet het peritoneum breed gevat en daarna met een catgutdraad afgebonden. Zoo worden vijf ligaturen gelegd waarna de buikholte is gesloten. De huid wordt nu met doorloopende catguthechting dichtgenaaid. Jodoformgaas-collodionverband. 26 Jan. '90. Chloroformdood. Defect gecicatriseerd, een weinig ruw in 't midden. Tusschen nierkapsel en litteeken is een plooi van het peritoneum uitgespannen. *Geen* adhaesies aan het defect. Overigens slechts een zeer dunne uitgerekte bride tusschen een darmlis en de onderste punt van den buiknaad.

Proef 7. Konijn Y. 29 Jan. '90. Buikopening buiten de rechter mamillairlijn. Links een rechthoekig stuk peritoneum parietale gereseceerd (3 cM. bij 5 cM.). Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 8 Febr. Chloroformdood. Uitgebreide darmadhaesies aan den buiknaad. Defect bijna geheel genezen, is *vrij* van adhaesies. Geen onderlinge darm-adhaesies.

Proef 8. Konijn Z. 29 Jan. '90. Buik geopend buiten de rechter mamillairlijn. Links een stuk peritoneum met fascia en spieren weggenomen. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 4 Febr. Konijn wordt dood gevonden. 6 Febr. Obductie: Darmlissen zijn verkleefd met den buiknaad. Enkele *onderlinge* darm-adhaesies. Vrij groote hoeveelheid bloedig sereuse vloeistof in de buikholte. Resectie-wond ziet er vuil uit, een darmlis is er echter mede vergroeid.

Proef 9. Konijn KK. 13 Febr. '90. Groote opening buiten de rechter mamillairlijn. Links stuk peritoneum parietale gereseceerd. Doorloopende Jodoformzijdehechting. Jodoformgaas-collodionverband. 2 Febr. Chloroformdood. Obductie: Absoluut geen adhaesies. Defect nog niet geheel gecicatriseerd.

Proef 10. Konijn LL. 13 Febr. '90. Operatie geheel als in proef 9. 20 Febr. Chloroformdood. Obductie: Uitgebreide darmvergroeiingen met buiknaad en peritoneaaldefect. Daartusschen een strook normaal peritoneum.

Van de 6 dieren die de hierbeschreven operatie overleefden, bekwamen dus 3 adhaesies aan het defect, terwijl dit bij de 3 anderen vrij bleef.

Bij proef 8, waar ook genoemde adhaesies voorkwamen, is het dier aan peritonitis gestorven en kan dus de *infectieuse* ontsteking aanleiding tot de adhaesies gegeven hebben. Ik besluit hieruit, dat een wondvlakte in de buikholte *wel* de aanliggende gezonde darm-serosa tot adhaesie prikkelt, doch dat de peristaltiek dikwijls in staat is het tot stand komen van adhaesies te verhinderen. Het net dat gemakkelijk de bewegingen van den darm volgt, zal dus wel zoodra het verwond is, altijd vergroeiingen aangaan. Dit was inderdaad in proef 2 het geval, waarbij het net bloedend werd in de buikholte geschoven en later met een darm verbonden werd gevonden. Zoo vond ook Stern[1]), wanneer hij een stuk net afbond en wegsneed, den stomp altijd vastgegroeid. Zijne experimenten zijn echter niet bewijzend, omdat hier een combinatie van wond en ligatuur bestond en de laatste ook de oorzaak der adhaesie kon zijn. Dit laatste bezwaar kleeft ook de experimenten van Spiegelberg en Waldeyer[2]) aan, die adhaesies vonden aan uterus-stompen.

Met ligaturen afzonderlijk, werd al weder geëxperimenteerd door Dembowski. Hij legde een ligatuur om een plooi van het peritoneum parietale, die hij met een arterie-pincet gevat had. Aan de meeste dezer in vrij groot aantal aangelegde ligaturen werden later darmlissen bevestigd gevonden. Hieruit verklaart hij dan ook de door hem altijd gevonden adhaesie van het net (dat hij zorgvuldig tusschen darmen en buikwand uitspreidde) aan den naad.

Ook ik heb slechts 2maal op 35 proefnemingen den naad vrij gevonden (proef 2 en 9). Tot hechtmateriaal bezigde ik afwisselend catgut, carbolzijde en jodoformzijde, zoodat de aard van het materiaal ook niet van invloed schijnt te zijn. In één geval (proef 6) bond ik het peritoneum in gedeelten dicht, zoodat *geen* draden in de buikholte kwamen te liggen. Ik vond toen later alleen een zeer geringe adhaesie in den ondersten wondhoek. Waarschijnlijk had ik daar het peritoneum, doordat dit zich terug had getrokken, niet geheel dichtgebonden en was dus een kleine wondvlakte overgebleven. Ofschoon dit experiment op zich zelf staat, schijnt het mij toch toe, de zooeven genoemde opvatting van Dembowski te ondersteunen.

Uit de vermelde experimenten blijkt dus dat ligaturen en hechtingen bijna altijd, wondvlakten dikwijls, tot adhaesies aanleiding geven, alle andere bij aseptisch verrichte laparotomieën, uitgevoerde manipulaties daartoe niet in staat zijn.

Dit is niet geheel in overeenstemming met de resultaten bij de *herhaalde* laparotomieën verkregen. Wat daarvan de oorzaak is? Het is wel onaan-

---

[1]) Durch welche Mittel kann man dass Entstehen von pseudomembranösen Verwachsungen bei intra-peritonealen Wunden verhinderen? Bruns' Beiträge zur kl. Chirurgie. Bnd 4.

[2]) O. Spiegelberg und W. Waldeyer. Untersuchungen uber das Verhalten abgeschnürter Gewebspartieen in der Bauchhöhle etc. Virchow's Arch. Bnd. 44.

genaam in onzen a- en antiseptischen tijd te moeten zeggen, dat alle andere dan bovengenoemde adhaesies een gevolg zijn van lichte, omschrevene septische ontstekingen. Toch blijft er niets anders over en bovendien weten wij, dat deze *zeer snel* tot zeer vaste vergroeiingen aanleiding geven. Dat leert ons zoowel de klinische ervaring als het experiment. De klinische ervaring door gevallen van spontane doorbraak en natuurgenezing van beklemde breuken en van perforatie van den processus vermicularis, door obductie van patienten die aan peritonitis bezweken, door het voorkomen van dien vorm van peritonitis, waarbij telkens afgekapselde abcessen worden gevormd, waardoor de operatieve behandeling soms met goeden uitslag bekroond wordt.

Het experiment door de uitkomst der proeven van Trzebicky[1]), die bij honden een perforatie-peritonitis teweeg bracht en na weinige uren een darmnaad aanlegde, met reiniging der buikholte. Twee der zoo behandelde dieren stierven na 8 en 10 dagen aan ileus. Bij de sectie werden zoo vaste vergroeiingen gevonden, dat zij slechts met de schaar konden losgemaakt worden.

Verder door de proeven van Reichel[2]), die bij honden faecale stoffen in de buikholte bracht en reeds na 24 uur adhaesies vond, waardoor kleine etterhaarden en fibrineuse beslagen waren afgekapseld.

Maar zelfs is voor deze bewering in de beschrijving der operateurs zelf grond te vinden. Om dit slechts door *één* voorbeeld te bewijzen, neem ik het volgende uit Martin's vroeger geciteerde mededeeling:

Martin zag dikwijls na laparotomieën fistels achterblijven in het litteeken of in de nabijheid daarvan. Meestal ontstonden deze in een steekkanaal, en nu ondervond hij juist in deze gevallen bij de tweede laparotomie groote moeielijkheden, doordat darmlissen rondom den fistelgang waren vastgegroeid. Ofschoon hij zegt, dat het mechanisme van het ontstaan dezer fistels hem niet duidelijk is [3]), zoo schijnt het mij niet twijfelachtig toe, of dat mechanisme is het volgende: Een niet aseptische draad infecteert het steekkanaal en de buikholte in hare omgeving. Er vormt zich een abcesje, dat snel door de omliggende darmen wordt afgekapseld. Het abcesje ontledigd zich door het steekkanaal, er blijft een holte over die zich wel tot een fistelgang verkleint maar niet geneest, daar de wanden door de zich peristaltisch bewegende darmen voortdurend worden van elkaar getrokken en verschoven.

Waarlijk het is verwonderlijk hoe Obalinski[4]) nog voor zeer korten tijd kon schrijven: «Denn ist eine Peritonitis septica da, dann führt sie zum sicheren Tode, oder sie ist nicht da und dann kann sie nicht die Ursache der Adhäsionen sein. Tertium non est.»!

Ten einde nu den invloed van jodoformgaas-tampons te leeren kennen, nam ik de volgende proeven op konijnen:

---

[1]) Bij Dembowski, l. c. pag. 756.

[2]) Beiträge zur Aetiologie und Chirurgischen Therapie der septischen Peritonitis. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bnd. 30. pag. 53 etc.

[3]) l. c. pag. 274.

[4]) l. c. pag. 253.

Voor de tampons werd het in de chirurgische kliniek bereide, niet gesteriliseerde jodoformgaas genomen.

Vooreerst werd bij eenige dieren een stuk jodoformgaas tusschen de darmen of tusschen darmen en buikwand gelegd en door de wond naar buiten geleid. Na twee of drie dagen werd de tampon verwijderd, en eenige dagen later het dier gedood.

Proef 11. Konijn C. 28 Nov. '89. Opening der buikholte in de linea alba. Eenige dikke en dunne darmlissen naar buiten getrokken. Een 6 cM. breede, 25 cM. lange strook jodoformgaas tusschen verschillende darmlissen gelegd, repositie der darmen. Gaas door den ondersten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende carbolzijdehechting. Jodoformgaas-collodionverband. 30 Nov. Tampon uitgetrokken, zit vrij vast, 't dier heeft daarbij veel pijn, tampon is bedekt met fibrine-vlokken. Opening met een hechting gesloten. Verband als voren. 17 Dec. Chloroformdood. Obductie: Aan den ondersten wondhoek een dundarmlis geadhaereerd. Aan den bovensten wondhoek is het net met een punt gefixeerd, terwijl met een andere punt het net aan een darmlis is bevestigd. Overigens geen adhaesies.

Proef 12. Konijn D. 28 Nov. '89. Opening der buikholte in de linea alba. Eenige darmlissen naar buiten getrokken. Een 4 cM. breede, 20 cM. lange strook jodoformgaas tot in het kleine bekken tusschen de darmen gelegd, en door den bovensten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende carbolzijdehechting. Jodoformgaas-collodionverband. 30 Nov. Tampon uitgetrokken. Deze zit vrij vast, het uittrekken doet het dier veel pijn. Opening met een hechting gesloten. Verband als voren. 16 Dec. Chloroformdood. Obductie: Het net is aan den bovensten wondhoek adhaerent. Iets lager evenzoo een dikke darmlis, waarvan het aanvoerende deel veel wijder is dan het afvoerende deel. Verder geen adhaesies.

Proef 13. Konijn L. 18 Dec. '89. Buik geopend in de linea alba. Een 25 cM. lange, smalle, dubbele strook jodoformgaas wordt tusschen de darmen gelegd. Deze worden daartoe grootendeels naar buiten gebracht. Repositie der darmen. Tampon door bovensten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 21 Dec. Tampon wordt zonder moeite verwijderd. Een stuk van het net kleeft aan den tampon en komt mede naar buiten. Deze verkleving is zoo sterk dat het net met geweld wordt losgetrokken en hevig bloedend wordt gereponeerd. Een hechting. Verband als voren. 26 Jan. '90. Chloroformdood. Een geringe darm-adhaesie aan den buikwand. Een 10 cM. lange bride loopt van het net naar den dikken darm.

Om de verhoudingen, zooals zij bij patienten voorkomen, beter na te bootsen, werden ook dergelijke proeven genomen, nadat een stuk van het peritoneum parietale was gereseceerd.

Proef 14. Konijn K. 12 Dec. '89. Lange opening buiten de rechter mamillairlijn. Trendelenburg'sche ligging. Aan de linkerzijde een groot langwerpig stuk peritoneum parietale, en onderliggende weefsels gedeeltelijk tot op de huid, gereseceerd. 25 cM. lange, 10 cM. breede strook jodoformgaas tegen de wondvlakte gelegd en door den bovensten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodion-

verband. 14 Dec. Tampon verwijderd. Dit moet met kracht geschieden. Een paar darmlissen komen mede naar buiten. Opening met een zijdehechting gesloten. Verband als voren. 31 Dec. Chloroformdood. Obductie: Resectie-wond genezen, geen adhaesies daaraan. Alleen eenige darm-adhaesies aan den buiknaad.

Proef 15. Konijn OO. 20 Febr. '90. Opening der buikholte buiten de rechter mamillairlijn. Trendelenburg'sche ligging. Van den linker buikwand een stuk peritoneum parietale gereseceerd. Strook jodoformgaas 50 cM. lang en 7 cM. breed daartegen aangelegd en door het midden van den buikwand naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 22 Febr. Tampon verwijderd. 2 Maart. Chloroformdood. De resectie-wond is genezen. Alleen een darm-adhaesie tusschen deze wond en de buikwond in.

Proef 16. Konijn PP. 20 Febr. '90. Opening der buikholte buiten de de rechter mamillairlijn. Trendelenburg'sche ligging. Aan de linkerzijde wordt een stuk peritoneum parietale gereseceerd. Een strook jodoformgaas 35 cM. lang en 7 cM. breed wordt tegen deze wondvlakte aangelegd en door het midden der wond naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 21 Febr. Konijn vreet niet. 22 Febr. Het dier is duidelijk ziek. De tampon wordt verwijderd. Verband als voren. 26 Febr. Het dier sterft, had in de laatste dagen diarrhee. Obductie: Geen spoor van peritonitis, darmen leeg. Resectie-wond nog niet genezen, ziet er gezond uit. Geen adhaesies daaraan. Alleen eenige darm-adhaesies aan den buiknaad.

Proef 17. Konijn QQ. 20 Febr. '90. Opening der buikholte buiten de rechter mamillairlijn. Trendelenburg'sche ligging. Aan de linkerzijde wordt een stuk peritoneum parietale gereseceerd. Een strook jodoformgaas 35 cm. lang en 7 cM. breed wordt tegen deze wondvlakte gelegd en door het midden der wond naar buiten geleid. Geknoopte catgutnaad. Jodoformgaas-collodionverband op het gehechte deel der wond, laat den tampon vrij. Hierop jodoformgaas-compres. gesteriliseerde watten en stijfselgaas-zwachtel. 21 Febr. Het verband ligt naast het dier in het hok. 22 Febr. Het dier maakt het goed. Het uit de wond hangende stuk van den tampon is vochtig. Tampon verwijderd. Op de opening wordt een klein compresje jodoformgaas gelegd en met jodoformcollodion gefixeerd. 23 Febr. Konijn maakt het goed. 24 Febr. Het dier heeft diarrhee. 26 Febr. Konijn sterft. Obductie: Geen spoor van peritonitis. Darmen ledig. Resectie-wond nog niet genezen, ziet er gezond uit. Alleen een paar darmlissen aan den naad adhaerent.

Vooreerst wil ik er op wijzen hoe de uitkomst der 4 laatste proeven verschilt van de vroeger vermelde (n°. 4—10), waarbij ook een stuk peritoneum parietale werd gereseceerd, doch geen tampon werd ingevoerd. Daarbij werden, gelijk wij zagen, in de helft der gevallen darm-adhaesies aan de verwonde vlakte gevonden, terwijl deze in de met temporaire tamponnade behandelde gevallen altijd ontbraken. Het komt mij niet onmogelijk voor, dat dus het verschil in uitkomst tusschen de proeven van Dembowski en de mijne daardoor veroorzaakt wordt, dat D. gelijk hij

vermeldt, de bloeding altijd stelpte door er eenige minuten een stuk jodoformgaas tegen aan te drukken.

Verder was de uitkomst dér zooeven vermelde proeven (n°. 11—17) niet zooals ik verwacht had, want bij geen der proefdieren werden adhaesies gevonden, die aan den invloed van het jodoformgaas waren toe te schrijven. De verbinding tusschen net en darm in proef 13 moet verklaard worden door de verwonding van het net bij het uittrekken van den tampon, en waarschijnlijk is ditzelfde het geval geweest bij proef 11.

Deze negatieve uitkomst nu kan tweeërlei oorzaak hebben: Vooreerst was het mogelijk, dat na twee of drie dagen de tampon nog niet was afgekapseld, dan was er dus geen reden voor het optreden van adhaesies, maar evenzeer bestond de mogelijkheid, dat de verkleving der darmen rondom den tampon na genoemden korten tijd nog zoo teer waren, dat zij door het verwijderen van den tampon weder verscheurd werden. Ik verschafte mij hieromtrent zekerheid door de obductie van dieren, waarbij de tampon nog niet verwijderd was, twee dagen na de operatie.

Proef 18. Konijn T. 27 Jan. '90. Buik wordt geopend in de linea alba. Een 75 cM. lange, 8 cM. breede strook jodoformgaas wordt tusschen de darmen en tusschen darmen en buikwand gelegd en door den bovensten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 29 Jan. Konijn wordt dood in het hok gevonden. Obductie: Peritoneum normaal van glans en bloedvulling. Geen vocht in de peritoneaalholte. De tegen den tampon aanliggende darmen zijn zeer vast daaraan vastgekleefd. Nu wordt de tampon voorzichtig weggetrokken, waarna het blijkt, dat de darmen onderling *niet* aan elkaar gekleefd zijn. Daar waar het gaas van de darmen is afgetrokken blijkt de serosa haar glans verloren te hebben en is zij hoog rood gekleurd.

Proef 19. Konijn BB. 29 Jan. '90. Opening der buikholte buiten de rechter mamillairlijn. Trendelenburg'sche ligging. Links een groot stuk peritoneum parietale gereseceerd met fascia en onderliggende spieren (ook een stuk van M. Psoas). Uitgebreide verwonding en bloeding. Een groote lap jodoformgaas wordt tegen de wond gedrukt en door de wond naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 1 Febr. Dier wordt dood gevonden. Obductie: Geen spoor van peritonitis. Aan den buikwondnaad eenige darmlissen geadhaereerd. Darmen los met het gaas verkleefd, *niet* met elkaar verkleefd.

Proef 20. Konijn CC. 30 Jan. '90. Opening der buikholte buiten de rechter mamillairlijn. Links een 9 cM² groot stuk peritoneum parietale gereseceerd. Een niet zeer groote strook jodoformgaas tegen de wond gelegd en door het midden van den naad naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Verband bestaat uit: Jodoformpoeder, jodoformgaas-compres, gesteriliseerde watten, stijfselzwachtel en omvat den geheelen romp en den hals van het dier. 1 Febr. Het dier wordt dood gevonden. Obductie: Wond rustig verkleefd. Geen spoor van peritonitis. Tampon los verkleefd met de resectie-wond en de omliggende darmen. *Geen* onderlinge darm-adhaesies.

Uit deze proeven blijkt dus, dat na twee dagen wel de darmen meer

of min vast met het gaas verkleefd zijn, doch dat onderlinge verkleving en dus afkapseling nog ontbreekt; daar echter bij de obductie ook nog zeer teere verklevingen konden losgerukt zijn, en ten einde na te gaan in hoeverre de verkleving *met het gaas* de communicatie tusschen de holte, waarin de tampon ligt en de overige buikholte opheft, nam ik nog de volgende proef:

Proef 21. Konijn MM. 13 Febr. '90. Opening der buikholte buiten de rechter mamillairlijn. Links stuk peritoneum parietale gereseceerd. Jodoformgaas-tampon door ondersten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende jodoformzijdehechting. Jodoformgaas-collodionverband. 15 Febr. Dier wordt dood gevonden. Verband verwijderd, tampon blijft in situ. Vlak onder den linker ribbenboog wordt een kleine opening in den buikwand gemaakt en hierdoor ± 200 gr. aether in de buikholte gespoten. Dadelijk loopt de aether met een flinken straal langs en door den tampon naar buiten. Hierop wordt de buik geopend. De tampon blijkt nog vrij stevig met de omliggende darmen verkleefd te zijn. Adhaesies aan den naad. Geen onderlinge adhaesies.

Het is dus geen wonder, dat na een tweedaagsche tamponnade later geen adhaesies gevonden werden, daar na twee dagen nog geen spoor van afkapseling te vinden is. Maar niet alleen na twee dagen, ook na vier en vijf dagen werden dezelfde verhoudingen gevonden, gelijk uit de volgende proeven blijkt:

Proef 22. Konijn EE (slecht gevoed dier). 10 Febr. '90. Kleine opening in de linea alba. Smalle zesdubbele jodoformgaas-tampon tusschen darmen en buikwond, in de richting van het bekken geschoven en door ondersten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 14 Febr. Konijn sterft. Obductie: Geen spoor van peritonitis. Enkele adhaesies aan den naad. Tampon los met omgeving verkleefd. Geen onderlinge darm-adhaesies.

Proef 23. Konijn DD. 30 Jan. '90. Opening buiten de rechter mamillairlijn. Links een stuk peritoneum parietale gereseceerd. Een matig groote strook jodoformgaas tegen de resectie-wond gelegd en door het midden der buikwond naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Verband bestaande uit: Jodoformpoeder, jodoformgaas-compres, gesteriliseerde watten, stijfselgaas-zwachtel. 4 Febr. Konijn sterft. Obductie: Geen peritonitis. Darmen adhaerent aan den naad. Tampon los met omliggende darmen verkleefd, bedekt de resectie-wond, die er gezond uitziet. Geen onderlinge darm-adhaesies.

Daarentegen was de uitkomst anders bij een dier, waarbij gedurende *acht* dagen een tampon in de buikholte bleef liggen:

Proef 24. Konijn HH. 11 Febr. '90. Buik door een kleine snede in de linea alba geopend. Een smalle zesdubbele strook jodoformgaas wordt in de richting van het bekken tusschen darmen en buikwand geschoven en door den ondersten wondhoek naar buiten geleid Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 19 Febr. Het dier is volkomen gezond, wordt door chloroform gedood. Verband verwijderd, tampon

blijft in situ. De wond is genezen. Onder den rechter ribbenboog wordt de buikholte door een kleine incisie geopend. Hierdoor wordt ± 200 gr. aether in de peritoneaalholte gespoten. Geen druppel komt langs den tampon. Daar het dier nog warm is gaat de aether koken en wordt de buik sterk door den aetherdamp opgeblazen. Ook deze damp ontsnapt niet langs den tampon. Nu wordt voorzichtig deze laatste naar buiten getrokken; nauwelijks is dit halverwege geschied of eerst begint aetherdamp en daarna de aether zelf zich langs den tampon te ontlasten. De buik wordt nu opengelegd. Het blijkt, dat de tampon ligt in een kippeneigroote holte, die door de opening waardoor de tampon naar buiten was geleid met de buitenwereld communiceert. De wand der holte wordt gevormd door met elkaar vergroeide darmen en omentum. In de wond bevindt zich een scheur, klaarblijkelijk veroorzaakt door het uittrekken van den tampon. Overigens is de buikholte geheel normaal.

Het bleek dus dat na acht dagen de tampon werkelijk was afgekapseld; het was nu nog de vraag of deze afkapseling werkelijk zooals ik vermoedde, na het verwijderen van het gaas tot blijvende adhaesies aanleiding geeft. Het bevestigend antwoord op deze vraag verkreeg ik door de uitkomst der volgende proeven:

Proef 25. Konijn FF. 10 Febr. '90. Buik geopend door 3 cM. lange opening in de linea alba. Een smalle zesdubbele strook jodoformgaas 35 cM. lang, wordt tusschen darmen en buikwand in de richting van het bekken geschoven en door den ondersten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 17 Febr. Het dier maakt het goed. Verband verwijderd, tampon wordt uitgetrokken, een punt van het net is er vrij sterk mede verkleefd, komt mede naar buiten en wordt bloedend gereponeerd. Een klein strookje jodoformgaas wordt op nieuw in de plaats van den eersten tampon gebracht. Verband bestaande uit jodoformgaas, gesteriliseerde watten en stijfselzwachtel. 19 Febr. Verband verwijderd, tampon wordt gemakkelijk uitgetrokken. Verband als voren. 3 Maart. Chloroformdood. Obductie: Het net is stevig vergroeid met den naad. Verschillende darmlissen zijn met elkaar en met den buikwand door vrij lange strengen verbonden. Op een plaats is een gezonde darmlis door een zoo gevormd knoopsgat heengegleden.

Proef 26. Konijn GG. 11 Febr. '90. Buik geopend door 3 cM. lange incisie in de linea alba. Een 35 cM. lange, 12 cM. breede strook gaas, in de lengte zesdubbel opgevouwen, wordt tusschen darmen en buikwand in de richting van het bekken geschoven, en door den ondersten wondhoek naar buiten geleid. Doorloopende catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband. 19 Febr. Het dier maakt 't goed. Verband verwijderd. Ook de tampon wordt gemakkelijk verwijderd, daarbij loopt eenig vocht naar buiten. Jodoformgaas-compres, watten, stijfsel-zwachtel. 26 Febr. Het dier leed in de laatste dagen aan diarrhee, vrat niet, sterft. Obductie: Darmkanaal geheel ledig. Geen spoor van peritonitis. Omentum, dikke en dunne darmlissen aan den naad vastgegroeid. Bovendien zijn verschillende darmlissen in het kleine bekken liggende *met elkaar* vergroeid.

Proef 27. Konijn RR. 20 Feb. '90. Lange buiksnede buiten de rechter

mamillairlijn. Links een ± 12 cM² groot stuk peritoneum parietale gereseceerd. Een 30 cM. lange, 6 cM. breede strook jodoformgaas tegen de wondvlakte gelegd en door het midden der wond naar buiten geleid. Geknoopte catguthechting. Jodoformgaas-collodionverband alleen boven en onder den tampon, verder verband bestaande uit: Jodoformgaas, watten en stijfselzwachtel. Het geheele dier wordt daarin gepakt, zoodat slechts pooten, kop en staart er uit steken. 21 Febr. Het dier heeft het verband weten te verwijderen, maakt het goed. 23 Febr. Konijn is welvarend, de tampon steekt een eind buiten de wond. Dit deel is droog. Jodoformgaas-collodionverbandje daarom heen. 28 Febr. Verband verwijderd. Tampon uitgetrokken, daarbij loopt wat vocht met fibrine-vlokken uit de wond. Jodoformgaas-collodionverband. 8 Maart. Chloroformdood. Obductie: Aan het onderste deel van den naad bevinden zich uitgebreide darm-adhaesies, deze strekken zich onafgebroken voort naar de plaats waar het peritoneum was gereseceerd en van hieruit in het kleine bekken, dat er geheel door is opgevuld. Al deze geadhaereerde darmlissen zijn onderling tot *een* convoluut samengegroeid.

Bij de laatste proef (n°. 27) is het dus werkelijk gegaan, zooals ik verwacht had. De holte waarin de tampon lag is geheel afgekapseld en daarna geoblitereerd ten koste van het aan elkaar groeien der omliggende darmen. Bij de beide andere proeven dezer drie (n°. 25 en 26) is waarschijnlijk ook de holte geheel afgekapseld geweest, doch zijn de nog te teedere vergroeiingen hier en daar bij het uithalen van den tampon losgerukt, waardoor de omliggende darmen niet tot één convoluut zich aan elkaar hechtten, doch slechts door strengen verbonden werden.

Behalve de vermelde proeven heb ik nog een aantal dergelijke genomen, waarbij de dieren te snel stierven, om een resultaat te kunnen geven. Voor een deel was de dood toe te schrijven aan shock, koude etc. Opvallend was het echter dat er meer stierven, waarbij jodoformgaas in de buikholte was gebracht, dan zulke, waarbij dit niet geschied was. Vooral was dit het geval, wanneer de gaastampon zeer groot was genomen. Ik vond dan bij de obductie meestal niets anders dan een hoogen graad van tympanites en het maakt op mij den indruk alsof de immobilisatie der darmen, door het vastkleven daarvan aan den tampon tot darmparalyse had aanleiding gegeven. Volledigheidshalve vermeld ik daarvan alleen de volgende proef:

Proef 28. Konijn X. 28 Jan. '90. Opening van de buik in de linea alba. Een strook jodoformgaas 65 cM. lang en 20 cM. breed wordt zoodanig op de darmen uitgespreid, dat deze niet met den voorsten buikwand in aanraking komen en door den bovensten wondhoek naar buiten geleid. 30 Jan. Het dier vreet niet. 1 Feb. Konijn wordt dood gevonden. Obductie: Darmen en net met tampon verkleefd. Vaatinjectie in het net. Geen spoor van peritonitis. Darmen grootendeels enorm uitgezet.

Uit mijne experimenten blijkt dus, dat de gang van zaken bij jodoformgaas-tamponnade de volgende is:

Zoodra de tampon in de buikholte ligt, kleven de omliggende darmen daaraan vast en worden dus geimmobiliseerd; de holte waarin de tampon

ligt blijft echter in communicatie met de overige buikholte, een drainage van de *geheele* buikholte is dus mogelijk. Genoemde communicatie blijft nog dagen lang (minstens vijf) bestaan, wordt dus de tampon in dien tijd verwijderd, dan behandele men de holte die overblijft als de opene peritoneaalholte. Na genezing blijven dan *geen* door de tamponnade veroorzaakte adhaesies over. Blijft de tampon langer liggen (een week of langer) dan wordt zij afgekapseld; bij de verwijdering wordt deze afkapseling echter licht verbroken, uitgebreide darm-adhaesies zijn nu het gevolg.

Aan de methode van Miculics zijn dus, zooals zij door hem en anderen wordt uitgevoerd, twee nadeelen verbonden:

Het optreden van darm-adhaesies, en *de langdurige* immobilisatie der tegen den tampon liggende darmen, waardoor de toch al na laparotomieën te vreezen darm-paralyse wordt in de hand gewerkt. Bovendien mist zij een der door Miculics gesupponeerde voordeelen, n.l. de snelle afkapseling. Daarom reeds zoude ik raden de toepassing der methode zooveel mogelijk te beperken, maar vooral acht ik dit gewenscht, omdat de *temporaire tamponnade*, de genoemde nadeelen missende, mijns inziens evenzeer voldoende is om tot een gunstigen afloop mede te werken. Niet alleen toch is dit natuurlijk het geval voorzoover het de bloedstelpende werking betreft, maar ook wat betreft het onschadelijk maken der bestaande wondvlakte. Een eigenlijke *drainage* toch is niet noodig, daar de *getamponneerde* wond uiterst weinig secerneert. De groote hoeveelheden vocht die bij Fritsch de verbanden geheel doorweekten zijn dan ook zeker niet afkomstig van de wondvlakten, doch zijn geleverd door het peritoneum, dat, zooals wij uit de Wegner'sche proeven [1]) weten, altijd na een laparotomie veel vocht gaat afscheiden, hetwelk echter na twee dagen weder geheel geresorbeerd is. Wordt dan na korten tijd (tot twee dagen) de tampon verwijderd, dan is de peritoneaalholte nagenoeg geheel droog en blijft daarin een wondvlakte achter, die eveneens droog en met jodoform geïmpregneerd is, en zeer weinig afscheidt. De geringe hoeveelheid wondsecreta zal dan gemakkelijk door de aanliggende darm-serosa geresorbeerd worden. Het gevaar der stagneerende wondsecreta wordt dan ook door de *temporaire* tamponnade geëlimineerd. Maar bovendien werkt zij nog op een andere wijze heilzaam en hierin onderscheidt zij zich gunstig van andere methoden die drainage beoogen.

Door proeven van Grawitz [2]) is aangetoond, dat een wondvlakte in de buikholte niet alleen door hare secreta gevaarlijk is, maar ook daardoor, dat zij zelve geïnfecteerd kan worden. De kleinste phlegmone in den buikwand kan aanleiding geven tot een purulente peritonitis. En nu leert de ondervinding bij de behandeling van andere wonden (na gewrichtsresectie, amputatie, exstirpatie van gezwellen), dat waar men terecht huiverig zou zijn de wond *primair* nauwkeurig zonder drainage te sluiten, dit *secundair* zonder gevaar kan geschieden, wanneer de wond gedurende een paar dagen met jodoformgaas is getamponneerd. Ook de wondvlakte in de buikholte zal dus op deze wijze minder gevaar opleveren.

---

[1]) l. c.

[2]) Statistischer und experimentell-pathologischer Beitrag zur Kenntniss der Peritonitis. Charité Annalen XI. — Centralblat. f. Chir. 1886, n°. 45.

Er is maar *één* categorie van gevallen, en deze zijn zeldzaam, waarin ik de *permanente* tamponnade der buikholte aangewezen acht, en wel die, waarin een purulente wondvlakte achterblijft, zooals b. v. na de niet totale exstirpatie van veretterde ovariaalkysten. Dan late men echter den tampon zeer lang, bijv. 10 of 12 dagen liggen, dus totdat men met zekerheid afkapseling kan verwachten, en vervange hem dan door een kleineren, enz. In de toepassing der *temporaire* tamponnade beperke men zich echter niet. Ook reeds kleine bloedende wondvlakten moeten daarmede behandeld worden; men late dan echter, daar toch geen *drainage* beoogd wordt, slechts een *kleine* opening in den buikwand en legge een uitdrogend verband aan. Het op andere wijze veroorzaakte vochtverlies kan niet anders dan nadeelig werken.

Ten slotte nog een enkel woord omtrent de waarde der methode bij darm-resecties en analoge gevallen.

Wordt een darmnaad in jodoformgaas gehuld, dan zie ik daarin, wanneer er perforatie komt, terwijl het gaas nog in situ is, twee voordeelen: De uitgetreden faecale stoffen zullen het gaas doortrekken, in aanraking komen met de aanliggende darmen en een adhaesieve ontsteking en dus nu werkelijk een snelle afkapseling veroorzaken; het gaas *verhindert* nu door de immobilisatie der darmen, dat de infectieuse stoffen door de geheele buikholte verspreid worden en vervolgens baant het een weg voor de faeces naar buiten. Komt echter in de eerste dagen geen perforatie tot stand, dan wordt het gevaarlijk den tampon te verwijderen, daar het trekken aan den naad dezen zou kunnen doen uiteenwijken, waarna de darminhoud in de *vrije* buikholte loopt. Men moet dus in dat geval het gaas zoo lang laten liggen tot afkapseling is tot stand gekomen of liever nog totdat gevaar voor perforatie niet meer bestaat. Dit laatste nu duurt zeer lang. In een van Billroth's gevallen [1]) van pylorusresectie stierf patient nog 10 dagen p. o. door het gebruik van een stuk worst.

Na een onder gunstige omstandigheden uitgevoerden darmnaad zou ik dus liever dadelijk den buik sluiten, te meer daar ik het er voor houd, dat een darmnaad, niet zooals Hahn [2]) meent, door het omhullende gaas wordt beschermd, maar integendeel veel minder kans heeft insufficient te worden, wanneer het omliggende peritoneum, door de hechtingen geprikkeld, er rondom vastgroeit.

---

1) Von Eiselsberg, l. c. pag. 804.
2) Hahn, l. c.

HISTORISCHE KANTTEEKENINGEN,

DOOR

Dr. A. GEYL.

Wij leven in een tijd, dat de uitspraak van een Duitsch geleerde: «Das aechte Wissen ist historisches Wissen» algemeen geciteerd wordt. Men heeft ingezien, dat onze positie en onze kennis niet uitsluitend en niet hoofdzakelijk de produkten zijn van ons eigen streven; dat wij staan op de schouders van ons voorgeslacht en wel, zooals nu drie eeuwen geleden, een thans vergeten medisch schrijver opmerkte, als kinderen op de schouders van een reus. Hoe gemakkelijk valt het ons, die zulk een bevoorrechte positie innemen, meer en verder te zien, dan de reus zelve.

Sinds de evolutie-leer voor de meesten niet langer een woord, maar een begrip is geworden, begrijpt men dat de vooruitgang in zekeren zin, wat betreft het verkrijgen van nieuwe, nuttige eigenschappen en het afleggen van schadelijke, ten minste voor den historischen mensch zoo weinig of wellicht in het geheel niet bemerkbaar moet zijn. En het is waar, de mensch, wiens geschiedenis door de historie is bewaard geworden, heeft meer gewoekerd met de talenten, die hij reeds bezat, dan wel nieuwe vergaderd. De mensch van onzen tijd bezit geen lichamelijke of geestelijke eigenschappen, die hem ten opzichte van het menschelijk kunnen en weten principieel in een gunstiger conditie plaatsen dan zijn voorouders; deze werkten met dezelfde middelen als hij, wanneer zij hun kennis wilden verrijken; zij misten alleen zijn ervaring. Hun fouten in de waarneming, hun gebreken in het denken wortelen in eigenschappen van den menschelijken geest, die nu even goed als vroeger bestaan en zeker in onze schrijfgrage eeuw niet minder zelden dan toen worden waargenomen.

Wij waardeeren beter en oordeelen juister over hetgeen een vroegere tijd gewerkt heeft, indien wij ons deze elementaire waarheid voortdurend voor den geest houden. Derhalve zal ik trachten haar niet uit het oog te verliezen, wanneer ik eenige schetsen ontwerp uit de eerste periode van den vernieuwden opbloei der verloskundige en gynäkologische wetenschap. Ik zal dus handelen over wat men op dit gebied in de 15de—17de eeuw deed en dacht en mij hoofdzakelijk bepalen tot het aanwijzen en zoo mogelijk nasporen van de oorzaken der moeielijkheden, die aan een goede beoefening der wetenschap in den weg gestaan hebben, en verder, rekening houdende met de in die dagen aanwezige ervaring, trachten te verklaren, hoe sommige dwalingen ontstaan zijn en waarom zij zulk een taai leven voerden.

Het is een algemeen verschijnsel, dat niet alleen in het oog valt, als men de eerste jeugd van de een of andere wetenschap nagaat, maar dat

dagelijks treft, als er op gelet wordt, dat juist de leek zich het meest aangetrokken gevoelt tot nog niet door de wetenschap verklaarde zaken, tot het onbekende. De wetenschappelijke man, die uit den aard der zaak slechts heil verwacht van een onderzoek naar dingen, die hij met de hem ten dienste staande hulpmiddelen controleeren kan, komt gewoonlijk pas dan uit zijn cel, als de waarnemingen in kwestie vallen op den weg en binnen de methode van zijn eigen onderzoek. Dit maakt het begrijpelijk, waarom de obstetrische en gynäkologische wetenschap in den beginne in handen kwam van ongeroepenen en eerst later de aandacht trok van wetenschappelijke waarnemers. Joan van Beverwijck, schepen der stad Dordrecht en beroemd medicus, die door zijn tijdgenooten wel de Galenus zijner eeuw genoemd werd, was de eerste examinator der vroedvrouwen te dezer stede en één der eersten hier te lande. De studie der anatomie, die vooral toen en voornamelijk in ons land talrijke en gelukkige beoefenaars vond, had hem doen inzien, dat geen tak der medische wetenschap met succes kon beoefend worden, indien men niet vertrouwd was met de kennis der deelen, die hij behandelde. De door de anatomie verkregen kennis was werkelijk de oorzaak, dat men het onvoldoende en gebrekkige van het toenmalige weten op verloskundig en gynäkologisch gebied leerde inzien en den weg begon te begrijpen waarlangs verbetering zou te verkrijgen zijn. Toen eerst werd het mogelijk de onkundigen te berooven van de alleenheerschappij, die zij zoo lang en zoo zeer ten nadeele van het menschelijk geslacht hadden uitgeoefend, maar niet dan na een hardnekkigen strijd. Het was niet toevallig dat het juist vrouwen waren, in wier handen het monopolie gekomen was van het onderzoek naar de verschijnselen en aandoeningen van het vrouwelijk genitaal-apparaat en dus begrijpelijk, dat de kennis dier zaken zoo langen tijd onvoldoende bleef en het aangevallen bezit van het monopolie met alle middelen, zelfs de slechtste, verdedigd werd.

Het nu nog niet volkomen uitgeroeide vooroordeel, dat de geslachtsdeelen der vrouw buiten de gewone orde der dingen staan en in geen geval behooren tot het waarnemingsterrein, waarop zich de man bewegen mag, heeft gebloeid of bloeit nog in elke minder beschaafde of onbeschaafde maatschappij. Wanneer wij van volkenkundigen vernemen, welke positie de vrouw gewoonlijk in een zich ontwikkelende maatschappij inneemt en welke de verhoudingen zijn, die daar op sexueel gebied tusschen man en vrouw heerschen, dan kunnen wij wel is waar niet met zekerheid zeggen, waarom zich, toen het moreel bewustzijn hooger kwam te staan, dat vooroordeel heeft moeten ontwikkelen, maar wij begrijpen, dat het, eenmaal bestaande, een machtige barrière moet geweest zijn tegen allerlei, voor de ontwikkeling van den staat hinderlijke uitspattingen op sexueel gebied. En stellig moet er een hooge mate van beschaving en ontwikkeling voorhanden zijn, voor dat een maatschappij ongestraft met dit vooroordeel breken kan. Ik hou het dan ook voor een praatje, de voorstelling, dat de ongebondenheid der zeden in Frankrijk mede één der oorzaken geweest is, die een beoefening der verloskunde door den man mogelijk gemaakt hebben, te meer, daar het opbloeien dezer wetenschap niet eenzijdig plaats greep in Frankrijk, maar nagenoeg

terzelfder tijd in Frankrijk, Holland en Engeland, staten, die toenmaals vooraan in de rei der beschaving stonden.

Niet echter dan na hevigen tegenstand liet zich de vrouw van het door haar ingenomen terrein verdringen en de verweermiddelen, die zij gebruikte, waren dikwijls van het laagste allooi. Wanneer eigenbelang het motief is, waardoor zich een onkundige vrouw laat leiden, dan wordt er de strijd om het bestaan niet verkwikkelijker om. De vuilste laster, de ergerlijkste verdachtmakingen waren de wapenen, die dagelijks gehanteerd werden.

Vroeger heb ik, op grond van een studie over den samenhang van de geslachtsverschijnselen der vrouw, in deze vergadering als mijn overtuiging te kennen gegeven, dat man en vrouw niet hetzelfde in de huishouding van het gezin of den staat te doen of te beteekenen hebben. De vrouw is o. a. voor wetenschappelijk werk van eenige beteekenis ongeschikt. Indien men voor deze bewering een bewijs verlangde, dat aanspraak kan maken op de beteekenis van een experiment, dan zou men mogen wijzen op het feit, dat de vrouw eeuwen lang onbetwist geheerscht heeft op het gebied der verloskunde en der gynäkologie en dat zij bij hooge uitzondering iets goeds, maar bijna zonder exceptie, veel onheil gesticht heeft. Zij heeft niet eens den prikkel gevoeld om te weten en wat het ergste is, haar gemoed bleef koud bij al het leed, dat zij dagelijks rondom zich zag, bij «al de Menschenmoorden», zooals in 1698 nog Dr. Helvetius opmerkte «waarmeê zij het bezoedelde».

Ik heb in de laatste regels zooveel leelijks gezegd van de vrouw, dat ik verplicht ben mijn beschuldigingen met bewijzen te staven.

Vooreerst dan de vroedvrouw miste de meest elementaire kennis van zaken, waarmeê zij dagelijks in aanraking kwam, en ook de lust, om tot die kennis te geraken.

Zoo verhaalt ons Roonhuyse: «Ende sommige (vroedvrouwen) willen niet wel toestaan, dat een geoeffende Clysteerster (een vrou in barensnoot zijnde) een Clyster zal mogen setten. Maar ook, ofte zij het dan beter dedē. Want het is mij niet lang geleden noch gebeurt, dat ik een sekere vrou van een doode vrucht quam te verlossen, maar ik bevont de Clysteerpijp, in het kint zijn borst steeken na de verlossing, soo dat dese Clyster door de onwetentheyt en onvoorsightigheyt van de wijse moeder in ipsa vagina was gesteld, doorboorende het kint zijn borst, in plaatse van gheset te worden in den Eyndeldarm, ende den Geneesheer bemerckte dat de Clyster geen werckingh hadt uitgerecht, gelijk als ook waar was».

Tot goed begrip der laatste alinea dient men te weten, dat een vroedvrouw gewoonlijk uit eigen beweging niemand anders liet komen dan een geneesheer, die van de obstetrie zelf niets afwist en gemeenlijk geheel op haar kompas zeilde. Deze onderzocht zelf niet maar liet zich door de opgaven der wijze vrouw leiden en schreef voor wat deze verlangde. Een chirurg of iemand, die zich met de verloskunde afgaf, was een te gevaarlijk individu en kwam gewoonlijk niet eerder in de kraamkamer, dan als de familie zelf inzag, dat de vroedvrouw de zaken verknoeid had.

Maar ik zal nog enkele staaltjes van de verregaande onkunde der vroedvrouwen mededeelen:

Corn. Solingen, een bekend chirurg en accoucheur in den Haag,

zegt, dat de vroedvrouwen volstrekt niet in staat zijn een barende te onderzoeken en in plaats daarvan niets anders weten te doen, dan troostredenen aan elkander te knoopen en tot patientie aan te raden. Dit gaat zelfs zoover, zegt hij, en «de Heer Dr. Cornelis Stalpert v. d. Wiele heeft het selfs mede bijgewoont, dat zoodanige troostredenen bij een vroedvrouwe (wiens name ik alhier om redenen verswijge) gebruikt zijn omtrent een vrouw, die een vaginae coalitum hadde, dewelke ik selfs weinige uren voor de verlossinge geopent hebbe».

Dat is zeker niet minder erg dan het eerst-verhaalde geval en bewijst, dat de vroedvrouw niet het geringste begrip had van den bouw der genitaliën. Maar wat kan men anders zeggen van de volgende mededeeling van Roonhuyse:

Gedurende vier dagen hadden vier vroedvrouwen gezeten in de verlossing van een vrouw, die allerhevigste pijnen had. Toen Roonhuyse binnenkwam, waren de vroedvrouwen druk aan het kijven en schelden; het bleek, dat zij 't oneens waren over de ligging van het kind. De één beweerde dat het kind goed, met het hoofd voorlag; de tweede, dat het met de voeten voorkwam; de derde, dat zich de billen presenteerden, zij beweerde zelfs dat zij een vinger in den anus gestoken had en eindelijk was de vierde er zeker van, dat zij de handen van het kind gevoeld had. Wat was nu echter het geval? Er was geen spoor van ontsluiting en het kind was door een scheur van de baarmoeder in de buikholte getreden.

Een dergelijk, nog bewijzender verhaal wordt ons door Justina Dittrichs, genaemt Siegemund, gedaan. Deze deelt mede, hoe zij op haar 21ste jaar, meenende zwanger te zijn en in arbeid te komen, tegen het beweren van verschillende vroedvrouwen in (er waren er 5 tegelijk in consult die zelfs beweerden, dat het kind goed stond), bleek niet zwanger te zijn; hoe zij veertien dagen gequelt en op de pijnbank gehouden wert (en men soude haar eer de Siele uitgedreven als een Kindt voor den dagh gebragt bebben), totdat ten lange leste een soldatenvrouw, tevens vroedvrouw, den waren toestand herkende. Deze ervaring was oorzaak, dat de Siegemundin zich met ijver op het lezen van vroedvrouwen-boeken ging toeleggen en het werkelijk zoo ver bracht, dat zij verre boven hare gewone zusteren uitstak. Zij kreeg dan ook weldra een goeden naam en was in de gelegenheid vele tekortkomingen harer collega's van nabij te zien. «Ik ben,» verhaalt zij, «in seer veel swaere geboorten soo wel bij adelijke als andere vrouwen tot hulp geroepen geworden, als sij in harde en swaere arbeydt reets meer dan drie en meer dagen geweest waeren en de vroedvrouwen haer niet verschoont maar soo onverstandelijck behandelt hadden, dat zij de kinders met gewelt de armen en ook wel de beenen hebben afgetrocken [1]), die ik in de kraemkamer gevonden hebbe, omdat sij die door angst wegh geworpen hadden, sonder dat sij yets wijders wisten uyttewerken. Ja ik heb ook gevonden, dat sij des Kindts ribben van de borst afgescheurt en sigh daarmede in de vinger gesneden hebben. Sij hebben met kracht aan de afgescheurde Ribben met doeken getrocken, en evenwel niet konnen helpen, omdat sij het keeren der Kinderen niet verstaan hebben.»

---

[1]) Zie ook Solingen.

Ook vertelt zij, dat een befaemde goede Vroedvrouw zoo weinig van het vrouwenonderzoek verstond, dat zij een barende, op het oogenblik dat het kind komen zou, boven een heet kruidenbad plaatste. Het gevolg was, dat het kind komt; en «terwijle dat de Moeder naar haer grijpt of grijpen wil, so legt het Kindt reeds in de heete kruyden, 't welk soo verbrande, dat het ettelijke dagen daer naer daer van storf».

Als een bevalling lang geduurd heeft en het vruchtwater is afgeloopen, dan trekt zich de baarmoeder somwijlen zoo sterk om het kind samen, dat het slechts door de uiterste krachtsinspanning daaruit verwijderd kan worden. De Siegemundin deelt mede, wat men onder zulke omstandigheden deed: «De Vrouw wordt alsdan omgekeert of omgewentelt, so als ik het noemen mag en dienaengaende zijn verscheyden opiniën; sommige binden de vrouw op een berdt of op een plank en setten se dan op haer hooft, sommige keeren deselve op de sijden om; sommige leggen se op een tafel en rollen se soo van de tafel op eenigh gespreyt stroo, daar se dan 't onderste boven op valt; die omwenteling geschied niet voor dat het Kind doot en dat de Vrouw naer allen schijn en nae de meyninge van de Vrouwen insgelijks in dootsgevaer is.»

Men zou mij kunnen tegenwerpen, dat deze voorbeelden slechts den ernst en niet de algemeenheid bewijzen van de kwaal. Ik zou ze niet geciteerd hebben, indien verregaande onkunde niet de algemeene regel geweest was, wel begrijpende, dat onder een uitgebreid corps van personen allicht eenigen worden aangetroffen, die verre blijven beneden de als norm te stellen eischen. Maar de kwaal was algemeen. Terecht zei v. Solingen: «Een goede en verstandige Vroedvrouw is een rara avis in terris, want de meeste hier ter plaatse (ik swijge van anderen) zijn zeer slegt gestelt en zeer onervaeren, meer waen als daed wijs zijnde; haer handen meer gebruykende om gretig en lecker te eeten en te drincken als baerende vrouwen konstig en met ordere behandelen; wordende meer door deselve mishandelt als konstig behandelt, waarvan ik veel ervaringe hebbe».

Een reactie tegen zulken toestand kan niet uitblijven. Reeds v. d. Sterre riep uit «Ik kan mij niet genoeg verwonderen, daar alle landen, alle steeden noyt ymant laten van steen snijden, of eenig merkelijk lit of eenige andere swaare handoefening van de Heelmeester willen dulden, sonder bysijn van verscheide gecommitteerde personen, die met kennis, raat en daat, besigtige of ook noodig en welgedaan werd, daar nogtans maar een leven in gevaar is; en dat men sonder eenige agterdogt, soo veelmaal aan een onnosele, onwetende en ongeoefende vroedvrouw toevertrouwt op sijn minste twee levens tegelijk en de alderswaarste, de kommerlikste en de meest oplettentheyt vereysende voorvallen van de geneeskunde en tegelijk de beswaarlikste handgreep van de heelkunst.»

V. d. Sterre had reeds voorgangers gehad in zijn strijd en bekwam vele navolgers. De gevolgen bleven niet uit; de vroedvrouwen werden aan banden gelegd; bijna overal ontstonden stedelijke keuren en verordeningen, waaraan het «dwing ze, om in te gaan» ten grondslag lag. Het resultaat was pover; verstandige en bekwame vroedvrouwen bleven zelden; zij sliepen op de lessen, die zij bijwonen moesten of ontvluchtten ze. En dat was te verwachten. Een vroedvrouw was meestal te onkundig, om kennis te kunnen waardeeren en had, zooals de ervaring zoo ruimschoots

geleerd had, deze niet noodig om aan het publiek vertrouwen in te boezemen. Dagen, ja weken lang konden zij bij een parturiens zitten, zonder dat er wantrouwen in haar kennis ontstond. Zij wisten de arme lijdster met allerlei praatjes te paaien. Als de natuur niet meéhielp, dan was al haar werk vruchteloos. Hadden zij niet met beide handen uren lang de vagina trachten te rekken, zonder eenig succes, of zooals van Solingen dat zeide, hadden zij niet geknuffeld, gedouwd en gekneusd, zoolang tot de arme vrouw het water niet meer houden kon? En had die beroemde geneesheer niet dat in elk ander geval krachtig werkend middel voorgeschreven, terwijl er hier van eenige werking niets te bespeuren viel? Zij verzuimden geen middel, om den accoucheur, den eenige, die misschien hulp brengen kon, van de barende verwijderd te houden en in verdenking te brengen [1]). Raadgevingen van hen aannemen, dat streed even zoozeer tegen hun eigen belang als tegen hun gemakzucht. Terecht zegt v. d. Sterre, dat haar handelen niet alleen gemotiveerd wordt door haar domheid, maar sy martyliseeren veel liever de vrouwen somtijds drie agtereenvolgende daagen, verhoetelmoeren de kinderen en ook vrouwen en maaken sig pligtig aan 't verlies van onnosele haar levens, als dat haar hoogmoedige laatdunkendheid dulden wil, datse als vroede, wijse en medelydende Christelyke vrouwen haar onvermogen en niet genoegsame kragten souden willen kenlik maaken, opdat geen ander met meerder kragten, kennis of ook beleyd, daar soude gehaald worden en herstellen 't geen sy qualik deeden.

Beklagenswaardig waren de vrouwen die een moeilijke verlossing moesten doorstaan en wij begrijpen het gemakkelijk «dat er wel mannen waren (en geenzins van geringe conditie of kennis) die liever geen vroedvrouw bij hun vrouw namen, omdat de vroedvrouwen zich geenszins lieten genoegen met de naam van kinderen te ontfangen, maar veeltijds haer voorsigtigheid, wijsheid en behendigheid door wonderlike werken willen doen uytmunten: stellende haar aan om groote en wonderlike behulpsaamheid te verrigten, op hoop van groote belooning «en dat alles, ten nadeele der vrouw, en om te toonen, dat sij niet om vliegen vangen geroepen worden».

Daar is geen menschelijke ondeugd, die niet bij de vroedvrouw dier dagen gevonden wordt. Laatdunkend, praalziek, kwaadsprekend, gevoelloos, hebzuchtig, verslaafd aan den drank, ruw in al haar optreden, waren zij voor niets minder geschikt dan voor de betrekking, die zij met alle hen ten dienste staande middelen voor zich zelf alleen trachtten te behouden.

Uit alle verhalen van de verloskundigen van dien tijd blijkt, dat het een dagelijks voorkomend verschijnsel was, dat de vroedvrouw bij een langdurigen partus, wanneer zij geen uitkomst zag of wel de zaak geheel verknoeid had, stil verdween, zonder een woord te zeggen en natuurlijk zonder een plaatsvervangster te stellen.

---

[1]) Dit was zoo sterk, dat in geen enkel moeilijk geval een accoucheur hulp verleende, of hij gaf, uit vrees voor achterklap, in het bijzijn van een andere deskundige, aan vrienden en bekenden een omstandig verslag van den bestaanden toestand, of wel liet deze zich daarvan met eigen oogen overtuigen.

Solingen deelt ons mede, dat vroedvrouwen van reputatie arme lieden in den steek lieten en aan onervaren leerlingen toevertrouwden, wanneer een groote Mevrouw of Persoon, van meerder conditie zijnde, om haer stuerde, dat zij, als 't werk spoedig en gelukkig volbragt was, d'eene gesontheyd op de andere dronken en naar binnen lapten; door welcke quade gewoonte sij soo bol, vet en uytgeset werden, dat sij handen als beuckspanen en soo dick als kussens verkregen hebbende, haar selve ongesien en onbequaam maakten, om tedere vrouwen te helpen; dat zij lichtvaardig en vermeten en vloecksters waren; dat zij, wanneer zij half volleerd waren, reeds den baas trachtten te spelen en dat, wanneer sij maar twee à drie Burgervrouwen, bij de gratie en niet bij waardye verlost hadden, hun neusgaten alsdan van 't snorken, pochen en blasen eens soo wyt werden.

Men leest dan ook geen stedelijke keur of verordering, waarin geen scherpe bepalingen voorkomen tegen de kwade praktijken der vroedvrouwen. Nauwkeurig werden de eischen, die men voor haar opleiding en gedrag noodzakelijk achtte, omschreven en tekortkomingen dienaangaande werden met zware geldboeten bedreigd.

Het zou nergens toe dienen ons nog langer bij dit onderwerp op te houden; ik meen voldoende aangetoond te hebben, dat noch de maatschappij noch de vrouw zelve er wel bij gevaren hebben, toen de laatste een taak trachtte te vervullen, die niet voor haar krachten berekend was.

Eindelijk begon het publiek de juistheid van de woorden van Janssonius in te zien: «Want de eerbaarheyt. welke in dit geval in soo grooten aanmerking komt, leyt alleen in de kuysheyt en de kuysheyt in een behoorlijkheyd van gedachten omtrent die deelen, buyten alle begeerlijkheyt, welke als geseyt is onder de smert aller smerten in geen gevoelig mensch kan huysvesten. Wat lieve! wat is hier doch, dat de selve in 't minste zou opstutten en gaande maken soo wel ten aanzien van de lijdende vrouw, als ten aansien van de hulpbrengende Meesters? De vrouw is in d' uyterste verlegentheyt ter wereld; al wat er is, roept om help tegen de gevreesde en somtijds vast nakende doot; 't lichaem van de lijder wort erbarmelijk gemartelt en als gerabraakt; 't wesen is de naarheyt selve en sou selfs een steen tot meëdoogen bewegen. Al wat ge van Vrienden en Omstanders hoort, is niet dan sugten en kermen, verdubbeld van soo een jammerlijk gekrijs des lijders, dat het een yder het herte doet breken en met syn gedachten alleen om hulp uytsien; sulks de kloecke Heelmeester hier het verstant en de handen vol werks heeft». Solingen spotte met wat hij voor preutschheid hield. «Wij beleven nu die tijt, dat de kleine jongens weten, dat sy niet uyt de kool gehaelt werden.» Een heelmeester mag zich dus wel op de hoogte stellen van den bouw en de aandoeningen der vrouwelijke genitaliën; te meer, wanneer daarmee de lijdende vrouwen gebaat worden. Dit beaamden en zagen niet alleen de mannen in, maar, zooals uit een verhaal van Solingen blijk, de vrouwen begrijpende, dat in moeilijke gevallen slechts hulp van een man, te verwachten was, zochten zelf heul bij dezen, liever haar kuisheidsgevoel dan haar leven prijs gevende. Toch kwam men in den beginne niet verder dan om slechts in de uyterste noot en 't deerlijkst ongeval (buyten welk geen eerlijk Man mag of sal de handen aan

een vrouwe slaan) de hulpe van een ervaren en wijs Heelmeester te soeken. De accoucheurs werden hoofdzakelijk geroepen om de jammerlijke misslagen te verbeteren, die dagelijks van zulke brodmoeren begaan worden en onder de duysternisse van d'onkunde der Menschen begraven blijven.»

Ondanks deze beperking kwam er thans spoedig een aanmerkelijke verbetering in den toestand. Wat tot nu toe niets anders dan ruwe en onberedeneerde empirie geweest was veranderde langzamerhand in zelfbewuste, op exacte waarneming gegronde methode. De studie der ouden werd niet verwaarloosd, maar zij had niet meer de waarde van vroeger. Aan het zelfstandig onderzoek werden de eerste plaats en de hoogste beteekenis toegekend. Men leerde inzien, dat ook de groote mannen der oudheid toegegeven hadden aan de echt menschelijke neiging, om te trachten zich een voorstelling te vormen van het wezen van alle dingen, zelfs van die, die zij slechts half kenden of misschien slechts vermoedden. Zoo zag men in, dat de meening valsch was, die decreteerde, dat de baarmoeder der vrouw een dier was. Bij de vroeger heerschende onkunde op anatomisch gebied kon men zich natuurlijk het wezen van een orgaan, dat het kind uitbroeden en zich onder verschillende omstandigheden van het leven openen en sluiten kan, niet anders denken. Uitzakkingen buiten het lichaam werden derhalve aan eigen bewegingen van het dier toegeschreven en men meende een eigenaardig gevoel, dat bijna uitsluitend bij de vrouw voorkomt en als het gevoel van een brok in de keel beschreven wordt, te moeten verklaren door aan te nemen, dat het onrustige baarmoederdier zich naar de keel verplaatst had. Hieruit ontspon zich zeer logisch een zekere uterien-therapie. De baarmoeder zou wel even als een dier vatbaar zijn voor reuk. Had zij zich dus naar de keel verplaatst en liet men patiente stinkende stoffen als asa foetida, uien e. d. inademen, dan zou zij haar ongewone plaats wel ontvluchten; bleek zij echter ongevoelig, dan werd zij naar haar plaats gelokt door de welriekendste geuren, die men naar de genitaliën kon laten opstijgen. Hing de uterus buiten het lichaam, dan moest een tegenovergestelde therapie haar diensten bewijzen, terwijl men weer tot de eerste greep, wanneer bij een moeielijke verlossing het kind niet indaalde of de baarmoeder zich niet ontsloot.

En de voorstelling en de daaruit gesproten therapie bezweken voor het onderzoek, dat aantoonde, dat de baarmoeder onmogelijk de bewegingen kon uitvoeren, die men haar toedichtte. Al ging Roonhuyse wat ver, toen hij een volkomene baarmoederuitzakking voor onmogelijk verklaarde, hij noemde terecht alle verhalen, die uit het vroegere wanbegrip ontstonden, «sottelyck en belachelyck». Zoo had hij van een vroedvrouw het verhaal gehoord omtrent een vrouw, die een baarmoeder had uitgebraakt, nadat die te voren zeer duidelijk in de buik gevoeld was. Dat het uitgebraakte, dat soo groot was als een tafelbord, wel degelijk de uterus was, bleek uit het feit, dat, als men op den mont suiker strooide, deze zich opende.

Een dergelijk verhaal was een goede honderd jaar vroeger meegedeeld; daarin werd niet meer of minder beweerd, dan dat een vrouw een foetus, dat door de bevruchte uterus in de maag was uitgestooten, had uitgebraakt.

De meerdere kennis was ook de oorzaak, dat voor goed de kop werd ingedrukt aan een leer, die niemand minder dan Hippocrates tot vader had. Waarschijnlijk geleid door de overweging, dat het sterke en voortreffelijke slechts geproduceerd kan worden door zijns gelijke en in de vrouw de zwakke en mindere ziende van den man, leerde hij, dat de mannelijke vrucht slechts ontstaan kan uit het zaad van den sterken, dus rechten testikel en uitgebroed worden in de sterke, dus rechte zijde. Eenmaal op dezen weg gekomen, was men verder gegaan. Moest de vrouw gelukkige moeder van een jongen worden, dan kan deze slechts voldoende voedsel vinden in de rechter zijde, als het voortreffelijkste gedeelte van het lichaam. Uit allerlei kleinigheden trachtte men de superioriteit dier rechterzijde te bewijzen. De rechterborst ontwikkelde zich sterker. Ja, Avicenna ging zoo ver van te beweren, dat, als de vrouw op wilde staan, zij zich dan steun trachtte te geven door te leunen op de rechterhand en als zij begon te loopen, zij altijd den rechtervoet vóór zette. Bovendien gevoelde de vrouw zich gezonder en krachtiger en zag zij er veel beter uit, dan wanneer zij van een meisje zwanger ging. Het experiment toonde weldra aan, dat met het verlies van den rechtertestikel het vermogen om jongens voort te brengen niet verloren ging; de anatomische waarneming, dat de baarmoeder slechts een enkele holte bezat, terwijl de klinische observatie het ongegronde van de voortreffelijkheid der rechte zijde in het licht stelde. En zoo viel de ééne valsche voorstelling na de andere. Elke aprioristisch gevormde meening werd aan een onderzoek onderworpen en overboord geworpen, zoodra zij niet in overeenstemming bleek te zijn met de waarneming. Zoo werden de zoogenaamde zuigers weldra beroofd van het geheimzinnige waas, waarin zij zich tot nu toe verheugd hadden. Men meende, dat zich in de baarmoeder klompen vleesch e. d. zelfs levende wezens ontwikkelen konden, die zich ten koste en ten nadeele der vrouw voedden, om gemeenlijk na een driemaandelijks verblijf uitgestooten te worden. Zelfs vertelde men het sprookje, dat deze dieren somwijlen zeer onrustig werden en het vrouwelijk lichaam in- en uitvlogen en men was zoo overtuigd van het werkelijk bestaan, dat zelfs een al te lichtgeloovig anatoom dier dagen het kostbaar skelet van zulk een dier, hem door een vertrouwd vroedvrouw geschonken, in zijn privaatmuseum bewaarde. Wat bleek nu uit de nauwgezette onderzoekingen van Ruysch, een onzer groote mannen, die niet slechts als anatoom maar ook als verloskundige de grootste waardeering verdient? Het vleezige zakje, dat gemeenlijk op de 3de maand van zijn intrauterien bestaan werd uitgestooten en dat aanleiding gegeven had tot de zonderlingste verhalen en beschouwingen, was niets anders dan een ziek, drie maanden oud ei, waarvan het kind niet of slechts weinig, de vliezen, die dit kind omhullen moesten, tot volkomen ontwikkeling gekomen waren [1]).

---

[1]) Aan Ruysch was bovendien bekend, dat polypen en submuceuse fibroïden niet zelden voor zuigers gehouden werden (dat zijn levende mola's van Hippocrates). En uit Guillemeau blijkt, dat men van meening was, dat de valsche mola's uit drie soorten bestonden; la venteuse; l'aqueuse et l'humorale. De eerste werd, zooals uit de klinische verschijnselen blijkt, vermoedelijk verward met gasophoopingen in het abdomen en met de, onder den naam van garrulitas vaginae bekende aandoening; de tweede met ascites

Daarmede vervielen alle, waaronder zeer zonderlinge speculaties omtrent de genese dier produkten. Het gebeurde echter niet zelden, dat men het geloof aan het bestaan van een feit opgaf, zonder dat men de daarmede verbondene speculatie vallen liet. Dit geschiedde vooral dan, wanneer de toentertijd gangbare voorstellingen omtrent den godsdienst aanleiding gegeven hadden tot het aannemen van feiten, die bij nader onderzoek niet bleken te bestaan. Wanneer ik het woord godsdienst gebruik, dan wil ik dat in zeer ruimen zin opgevat hebben. Als leek komt men in groote moeielijkheden, wanneer men het juiste verschil tusschen geloof en bijgeloof of misschien nog wel subtielere onderscheidingen zou willen aangeven. Waar ik dus van godsdienst spreek heb ik geen bepaald dogma op het oog, maar alle beschouwingen, die, uit het een of ander dogma ontstaan, te eeniger tijd geheerscht hebben. En dan beweer ik, dat indien éénmaal de echt wetenschappelijke zin over een geloovige was vaardig geworden, hij meestal dialectisch genoeg gevormd was, om de bezwaren, door zijn geloof aan de ontwikkeling der wetenschap in den weg gelegd, met gronden, aan datzelfde geloof ontleend, op te heffen of wel moedig genoeg, om een hinderlijk geloofsartikel voor een bepaald geval buiten werking te stellen. Remmend mag de godsdienst nu en dan ingewerkt hebben op den gang eener wetenschap, hij heeft hem nooit kunnen stuiten. Ik zal mij aan eenige voorbeelden nader verklaren.

Zoo is gedurende langen tijd de leer gehuldigd geworden, dat het menstruaalbloed der vrouw voor de gezondheid zeer schadelijke eigenschappen bezat. De zonderlingste verhalen waren in omloop omtrent de giftige werking, die deze vloeistof op allerlei voorwerpen, zoowel levenlooze als levende, zou kunnen uitoefenen. Een onbevooroordeeld onderzoek verwees ze naar het rijk der fabelen, maar de geloovigen lieten zich niet uit het veld slaan en beriepen zich op den bijbel, die leerde, dat de vrouw gedurende de menstruatie onrein was en zelfs nog eenigen tijd daarna onrein bleef. Deze werden door Palfijn aldus beantwoord: «De uitspraak van den bijbel (het oude testament) kan niets tegen onze opinie bewijzen, omdat er in de dagen van het oude Israël veel dingen anders waren dan nu. Bijvoorbeeld, vele spijzen, die in deze dagen volstrekt niet nadeelig zijn, gingen er toen voor door; deze schadelijke eigenschap zal niet in de spijzen zelf, maar in de menschen, wier zonden nog niet door den Redder der wereld teruggekocht waren».

Eenmaal zoover, durft hij verder gaan en gooit hij den bijbel als rechter over wetenschappelijke zaken geheel overboord. «In één woord, het is een grove dwaling in Physische zaken of zooals men zegt, in zuiver natuurlijke kwesties te nemen tot Gods woord; omdat God aan den mensch de rede heeft gegeven om dit soort van philosophische problemen op te lossen en zijn Heilige Schrift voor alles wat den godsdienst betreft. Deze wijze beschikker van alle dingen heeft niet gewild, dat zijn goddelijk woord dienstig gemaakt zou worden tot het vormen van philosophen en geneeskundigen, maar alleen dat het tot het heil der menschen zou bijdragen, door van hen ware geloovigen te maken.»

---

en hydrops tubae profluens; de derde met endometritis, carcinoma uteri en allerlei aandoeningen, die veel vocht secerneeren.

Peu beschrijft ons het geloof aan de wonderlijke werking van de rozen van Jericho, die in verscheidene families zeer geacht waren en van vader op zoon bewaard werden. Indertijd zou de heilige maagd op de struiken dezer rozen de luijers van Jezus te droogen gehangen hebben; na dien tijd hadden de bloemen een sympathische werking op de werkzaamheid der baarmoeder verkregen. Plukte men een rozenknop, die op het punt stond om uit te komen en plaatste men dezen in een glas met wijwater, in de nabijheid van een parturiens, dan zou de opening van den uterusmond gelijken tred houden met die van de roos zelve. Deze kinderlijke voorstelling was tegen een nuchtere waarneming niet bestand. Men zag, dat de roos zich opende, wanneer zij zich niet in de nabijheid van een barende bevond en dat de verlossing in vele gevallen geen voortgang maakte, zelfs dan wanneer de naast de vrouw staande roos al haar bladen ontplooid had en Peu besloot daaruit, dat er van een sympathische werking tusschen bloem en uterus geen sprake was. Liet hij daarom het geloof aan de werking van sommige heilige zaken, relikwiën en amuletten, geheel varen? Neen, hij waarschuwde slechts tegen het misbruik, eigenschappen, die slechts aan heilige zaken toekomen, aan niet-heilige toe te kennen [1]).

Dat de wetenschap stil haren weg vervolgt, al blijft een haar in den weg tredend dogma zijn volle kracht behouden, blijkt nog overtuigend uit de leer der wisselkinderen. Een wisselkind is een kind, dat niet en groeyet maar etet en suyget. Ende men segt, dat sulcke wisselkinderen niet en worden over de 18 of 19 jaar out. 't Geschiet nu dicwils dat den ouders de kinderen verwisselt worden ende de Duyvel in hun plaatse geleyt wort en dat sy hun vuylder maken met schyten, eten en schryen, dan tien andere kinderen, soo dat die ouders deur sulcken vuyl maken gheen ruste en hebben en die moeders also uytgesogen worden, dat sy die niet meer en connen stillen.» Deze voorstelling is van Rueff, een voor zijn tijd zeer bekwaam chirurg en verloskundige, tevens volksdichter en overtuigd aanhanger der Hervorming, een warm vriend van Zwingli, maar zij wijkt gedeeltelijk af van de toentertijd heerschende opvatting. Men meende namelijk, dat de Duivel niet slechts de macht bezat, kinderen te verwisselen maar ze ook bij een aan hem overgegeven vrouw te verwekken. Dit laatste nu streed, volgens Rueff, tegen de ervaring en tegen de heilige schrift, die leerde, dat van alle geesten slechts ééne, en wel God bewezen had, het vermogen te bezitten, om bij een vrouw een kind voort te brengen. En overigens kan nooit anders dan door samenwerking van man en vrouw een nieuw mensch gevormd worden. Zelfs streed het tegen de ervaring om aan te nemen, dat een vrouwelijke duivel (incubus) na 't zaad van een man opgenomen en zich in een mannelijken duivel (succubus) veranderd te hebben, onkuischheid pleegt met een vrouw

[1]) Voor zoover ik heb kunnen nagaan, heeft de leer van het uiteenwijken der bekkenbeenderen gedurende den partus een machtigen steun gevonden in de voorstelling, dat al het geschapene beantwoorden zou aan het doel, waarvoor het geschapen was. Om dezelfde reden is ook de beteekenis van het beenige bekken voor het mechanisme der baring zoo laat tot haar recht gekomen. Anatomische onderzoekingen en klinische waarneming hebben ook in dezen den goeden weg doen vinden, zonder dat daardoor de bijbelsche voorstelling verviel, die al het geschapene voor „goed" verklaarde.

en deze zoo bevrucht. Slechts mogelijk is, dat een vrouw, die zich aan den Duivel heeft overgegeven, door dezen sulcke stercke inbeeldinghe met fantasiën in haer gemoet krijgt, dat daer door haer sinnen zijn bedwongen gheweest en sij ghemeent heeft, dat hij bij haar heeft ghelegen, aanghesien sij in den slaap alle voorbeeldinghe van wellust gevoelt hadde. Het gevolg daarvan is een blijvende invloed en werking van den duivel. De buik zet zich op ten gevolge van ophooping van gassen, de vrouw heeft een gevoel, alsof zij zwanger is en krijgt werkelijk op den tijd, die beantwoorden zou aan het normale einde der zwangerschap, pijnen, die met weeën overeenkomen. Men ziet, de grossesse nerveuse is niet van onze dagen maar reeds door Rueff gezien [1]). Zijn verklaring, dat zij in vele gevallen ontstond door een sterke inbeelding, alsof men zich aan den Duivel had overgegeven, kàn men moeielijk anders dan voor juist houden en bewijst opnieuw, dat de werking der auto-suggestie door alle tijden heen bekend is geweest. Rueff liet echter, zooals men nog nader zien zal, de macht des duivels onverkort. Gedurende deze schijnbare verlossing namelijk kon Satan een gestolen kind of wel een echt, klein duiveltje gedurende een bezwijming van de moeder ongemerkt onderschuiven en zelfs bij een normalen partus gelukte het hem, ongezien, in de plaats van het eigene een andermanskind of wel een duiveltje in de wieg te leggen.

Tot illustraties geeft hij een paar Histories: Hoe dat te Ceulen op den Rijn veel treffelijke lieden van een palays aan den Rijn gheleghen, op eenen tijdt ghesien hebben een schipken nederwaert varen, dwelcke wert getrocken van een witte Swane, die met een Silver Keten 't schipken vast hadde, waer in dat was staende een nieu ende onbekend Ridder. Dese spronck ut den schipken aan landt, ende troude daarnae tot Ceulen een wijf, van dewelcke hem veel kinderen gheboren werden. Maer nae sommighe jaren sach die Ridder de Swane wederkeeren met zijn schipken, ende is wederom in 't schipken ghesprongen ende wech ghevaren, naer dwelcke hij nimmermeer meer heeft ghesien gheweest. Maar zijn geslachte van des voorseyden kinderen zijn overbleven, ende hebben op den schien tijt lange gheleeft, als Elimand ghetuighet. Sommighe houden dese onbekenden Ridder voor den Duyvel Incubus, die hem in de gedaente van een Ridder verandert heeft, maer de kinderen die hij bij zijn getroude vrouwe vercreghen heeft, zijn gerechte, natuerlicke ende menschelicke kinderen gheweest, die deur hem den Duyvel zijn ghestolen geweest ende ten tijde van de bedriegelicke gheboorte onder zijn vrouwe zijn gelegt ende ghestelt gheweest.

De historie van een echt wisselkind luidt aldus: In 't lant van Sassen bij Halberstadt heeft een man een verwisselt kint ghehadt, dat zijn Moeder ende noch vijf voesters gheheel wtghesoghen ende daer en boven noch

---

[1]) Rueff beschrijft, hoe in een dergelijk geval een vrouw op den bepaalden tijd der verlossing niets „dan nagels, glas, hout, hayr, werck, beenders, steen en ijser" kwijtraakte. Paré, die melding maakt van dit verhaal, geeft er de volgende verklaring van. De personen, die beweerden gezien te hebben, dat genoemde stoffen per vaginam geloosd werden, stonden onder den invloed van den duivel. Deze had hen, buiten hun weten, het zien van een dergelijk schouwspel gesuggereerd.

veel gheten ende seltsaem hemselven heeft besorcht. De lieden hebben desen man den raet ghegheven, dat hij hem soude aan onser vrouwen tot Hockelstadt een bevaert gheloven ende daer 't selfde laten wieghen. De boer heeft desen raet ghevolcht, ende 't kint in een corf darwaert ghedraghen. Maar soo hij dat over een water droech, ende over de vondel of brugghe gaet, so was daer een Duyvel onder in 't water, die tot 't Kint heeft gheroepen ende gheseyt, Kilecrop, Kilecrop. 't Kint antwoorde, dat in den corf zat ende nooyt te voren een woort ghesproken hadde, Ho, ho! Dat was den boer onghewone, ende wert seere verschrickt Daer vraechde voorts die Duyvel, die in 't water was, waer wilt ghij heen? Kilecrop seyde: Ick wil nae Hockelstat tot onser vrouwen ende mij laten wieghen, omdat ick soude mogen groeyen ofte ghedijen. Als die boer hoorde, dattet wisselkint spreken conde, dwelcke hij van te voren noyt en hadde aen hem ghemerckt so wert hij gram ende worpt dat kint terstont metten corf, daer in hij 't kint droech, in 't water. Daer hebben doen die twee Duyvels 't samen gheloopen ende hebben gheroepen, ho, ho, ha, ende met malcander ghespeelt ende hen ommegeworpen ende zijn daer nae 't samen verswingt.»

Dit alles klinkt zonderling voor ons, die van der jeugd af aan gewoon zijn geweest, de macht, ja zelfs het bestaan van den duivel en dergelijke andere bovenaardsche dingen in twijfel te trekken; maar wij worden onbillijk, wanneer wij hen, die indertijd bij de verklaring van wetenschappelijke kwesties met zulke zaken rekening hielden, willen beschouwd hebben als dompers, als menschen ten minste, die aan de ontwikkeling der wetenschap niet krachtig kunnen hebben meêhelpen. En toch wordt dit volstrekt niet zelden verkondigd. Zoo beweerde nog onlangs een zeker chauvinistisch Duitsch Professor in de Berliner Klinische Wochenschrift, dat een Germaan en niet een Franschman, n.l. Ambroise Paré de grondlegger der moderne chirurgie zou zijn. Dit was trouwens al à priori te vermoeden: in A. Paré was de stof voor zulk een hervormer niet voorhanden; hij geloofde toch, evenals zijn meest bijgeloovige tijdgenooten, plompweg aan het bestaan van allerlei soorten van monsters.

De duitsche hoogleeraar vergat of kende de historie niet, toen hij dit quasi-argument neêrschreef.

Ambroise Paré schreef zijn boek over de monsters in 1573 en nog tusschen de jaren van 1630—1640 rijmde Cats volkomen juist:

Het gaeter seltsaem toe, als mans en jonge vrouwen
Ten goede van het lant, den soeten acker bouwen;
Nature doet haer werck, doch waer en hoe en wat,
Dat heeft tot heden toe geen mensche recht gevat.

Men wist niets van de leer der voortplanting; op dit gebied was alles vermoeden; niets berustte op feiten. Wel is waar heeft A. Paré verzuimd de eieren en de spermatozoën te ontdekken; maar daarom stond hij nog niet lager dan zijn tijdgenooten. De beteekenis der overerving was hem volkomen bekend; «Les Camus font leurs enfans camus autres balbutient: Autres parlent en bredouillant: semblablement leurs enfans bredoüillent; etc., etc. Dit was de eenige waarneming, van Hippocrates af tot aan Regner de Graaf toe, waarop zich een leer der voortplanting baseeren kon en deze was dan ook reeds door Hippocrates in al

haar wezenlijke trekken meêgedeeld. Men had niet het recht tot iets anders of iets meers te besluiten, dan dat tot de vorming van een nieuw individu de vermenging van twee gelijkwaardige, een mannelijk en een vrouwelijk zaad noodzakelijk was; niet het recht om de leer te verwerpen, dat de bijeenkomende zaden niet tot dezelfde diersoort behoefden te behooren [1]; niet het recht dus, om de verhalen omtrent die zonderlinge monsters, half mensch, half dier, als fabels te beschouwen. Men vergete bovendien niet: die verhalen waren niet zóó maar uit de lucht gegrepen. Daarvan was o. a. Nicolaas Tulp zoo overtuigd, dat hij een aan Frederik Hendrik ten geschenke gegevene ourang-outang beschrijft onder den naam van Indiaanschen satyr en er geen oogenblik aan twijfelt, of de door Plinius vermelde saters zijn stamgenooten van het door hem beschrevene monster. In onzen tijd is door Ornstein, hoofd van den geneeskundigen dienst van het Grieksche leger, een andere verklaring gegeven. Het was hem opgevallen, dat op de eilanden van den Griekschen Archipel zoovele gevallen van sacro-lumbaal-beharing voorkomen en het mocht hem zelfs gelukken echte staartmenschen te ontdekken; hij vermoedt derhalve, dat de fantasie der ouden uit deze lieden de boschgoden geconstrueerd heeft. Geheel onwaarschijnlijk is deze hypothese niet; maar met zekerheid kunnen wij zeggen, dat er aan de ouden (dit bewijst de literatuur) afwijkingen van den menschelijken vorm bekend zijn geweest, die zij zich niet verklaren konden door aan te nemen, dat zij ontstaan waren uit de vermenging van twee gelijksoortige zaden. Wij, in onzen tijd, weten meê te praten van atavismus en ontwikkelings-remmingen en verklaren ons daardoor verschijnselen op een wijze, die vroeger onmogelijk was. Eertijds moest men zijn toevlucht nemen tot een vermenging van twee ongelijksoortige zaden en tot de kracht der inbeelding.

Waaruit anders kon een haarmensch de stof voor de haren geput hebben dan uit het zaad van een haardragend dier? Hoe anders zou men tal van afwijkingen, als hazenlippen, anencephali, enz., enz., willen verklaren dan door aan te nemen, dat de normale ontwikkeling der deelen door den een of anderen invloed gestoord was geworden en zoo deze laatste geen mechanisch geweld zijn kon, wat zou het dan anders kunnen wezen dan een werking, afhankelijk van de zenuwen der vrouw. Er waren aandoeningen der moeder (schrik, enz.), die de vrucht konden dooden, waarom zouden er niet zijn, die een storenden invloed hadden op hare ontwikkeling? Steekhoudende argumenten tegen deze redeneeringen waren niet te vinden. Het was onmogelijk van te voren uit te maken, hoe groot de invloed dezer aetiologische momenten zijn kan. Kon er een haar- of wel een staartmensch bestaan, dan kon er evengoed een mensch met andere dierlijke attributen geboren worden. En was de kracht der inbeelding zoo groot, dat zij een gezicht, een schedel of wel geheele ledematen misvormen kon, waarom zou dan in enkele gevallen de misvorming niet van dien aard kunnen zijn, dat men overeenstemming zag met sommige deelen van dieren? Er bestond dus geen reden, om zelfs aan de zonderlingste verhalen omtrent monsters zijn vertrouwen te ontzeggen. Het eigen onderzoek bracht wel is waar geen nieuw bewijzend materiaal aan het licht, maar dat had

[1]) Experimenten te dezen opzichte vallen in veel lateren tijd.

slechts een negatieve beteekenis en kon hoogstens tot nadenken stemmen. Fortunatus Licetus meent dan ook tegen al te groote lichtgeloovigheid te moeten waarschuwen. Hij wijst er op, dat vele verhalen niets anders dan dichterlijke fantasiën zijn en dat het volk niet zelden geneigd is in een geringe overeenkomst een volkomen gelijkheid te zien. Toch verwerpt hij het geloof aan wezens, die gedeeltelijk mensch, gedeeltelijk dier zijn niet geheel en in den grond staat hij op hetzelfde standpunt, als waarop Paré stond. En indien hij niet gemeend had aan zijn definitie van monsters verplicht te zijn, daarvan door den mensch voortgebrachte dieren te moeten uitsluiten, dan zouden wij stellig ook bij hem verhalen gelezen hebben van vrouwen, die vogels, honden, e. d. gebaard hebben. Onze Cornelis Stalpert v. d. Wiel, die van zich zelven verklaart: «Ik moet bekennen, dat ik eertijts van dit gevoelen, ook nevens andere geweest ben, dat er geen levende Dieren, of monsters, die terstont na hare geboorte, over de kamer heen liepen, en die men derhalven smoren most, oyt van een vrouw voortgebragt wierden, maar dat sulx al 't samen oude vrouwen praat, en Evangeliën van de spinrokken waren»; v. d. Wiel zelfs liet zich door de listige Elizabeth Tomboy, wier naam in de verloskundige werken van dien tijd meermalen vermeld wordt, om den tuin leiden. Hij schreef het volgende: Elizabeth Tomboy, Stadts-Vroe-vrouw alhier in de Haag woonagtig, heeft op den 21 September 1677 van sekere vrouw, alhier afgehaalt, en ontfangen een klein Hontje, gelegen hebbende in sijne vliezen, levendig en wel gemaakt, sijnde een teefje, omtrent een vinger lang, en hebbende syne volkome leden, gelijk de nevensgaande figuur is uytwijsende, welke misgeboorte sy nog werm sijnde, so aanstonts aan 't huys van mijn meergemelte Broeder, Johan Stalpart van der Wiel gebragt heeft. En bleef niet te min dese vrouw ('t geen aanmerkenswaardig is) daar en boven swanger, barende 14 weken daar na, een gesonde en welgeschape vrugt, (sijnde een soon) die nog in 't leven is.

Om aan sommige geen ontstigting te geven, zal hij de verklaring deser waarneming in de Latijnse Taal uytdrukken:

«Maritus, homo plebeus, rudis et potuï deditus, insolito, inhumano et prorsus bestiali modo, Uxorem, et quidem invitam, a tergo subinde cognovit» en daarbij geeft deze voorbeeldige echtgenoot te kennen, «se pro creatone Canis omnem operam daturum». Dit alles had de vrouw zoo geïmpressionneerd, dat daarvan de bewuste misgeboorte het gevolg was. De kracht der inbeelding was zoo sterk geweest, dat zij de vormkracht, die de vormlooze materie mouleeren moest, geheel gewijzigd had. En indien men de uiterst subtiele deducties van Fortunatus Licetus op dit foetus zou willen toepassen, dan zou men er van moeten getuigen, dat het, daar de vorm van secundaire, en de materie en de ziel van eerste beteekenis zijn, een mensch met hondenvorm was. Zoo dacht er echter Ambroise Paré niet over; volgens hem en ook volgens Licetus zou het mogelijk zijn, «que la semence du père et de la mère dégénérent ou par la mauvaise disposition du corps ou par celle de la matrice»; de richting en de mate dezer ontaarding konden zoo verschillend mogelijk zijn: er was geen misgeboorte derhalve, die niet aan haar zijn ontstaan kon te danken hebben. Deze opvatting vond een steun en werd uitgebreid door

het geloof aan de leer der generatio spontanea. Men meende, dat niet slechts uit de ontaarde zaadstoffen maar uit allerlei door de baarmoeder afgescheidene stoffen nieuwe wezens zouden kunnen ontstaan. Het ligt niet in mijn plan, eenigszins uitvoerig op het recht van bestaan van deze leer der generatio spontanea in te gaan; het zij voldoende er op te wijzen, dat men o. a. van overtuiging was, bij de vorming van steenen in de verschillende lichaamsdeelen en de vorming van wormen in het darmkanaal met gelijksoortige processen te doen te hebben. Er bestond trouwens geen enkel feit, die deze opvatting weersprak.

Over andere meeningen, die omtrent het ontstaan der monsters in zwang geweest zijn, zal ik niet spreken. Ik heb mijn doel bereikt, indien ik heb aangetoond, dat het vroegere geloof aan allerlei zaken, waarover wij nu de schouders ophalen, niet gelijkluidend is met gemis aan wetenschappelijken zin. En werkelijk de mannen van de groote wetenschappelijke beweging der 16de—18de eeuw hebben aanspraak op den naam, die tot ons van hen gekomen is. Zij hebben den grondslag gelegd voor ons tegenwoordig weten en kunnen. De verdiensten van mannen als Paré en Palfijn, die het door Blasius bewerkte boek van Fortunatus Licetus, in het Fransch vertaalde, zijn niet van negatieve maar van zuiver positieve waarde. Zij waren niet sceptisch genoeg, om aan alle niet zelf waargenomen feiten te twijfelen, (Dit scepticisme is een vrucht van onzen tijd, maar ééne, waarop wij niet trotsch behoeven te zijn.) maar zij begrepen ten volle de waarde en beteekenis van het eigen onderzoek en wat meer zegt, zij namen goed waar.

Paré op het gebied van chirurgie en obstetrie, en zelfs op dat der teratologie, Palfijn op dat der teratologie en der obstetrie hebben waarnemingen nagelaten, die niet slechts van het hoogste gewicht zijn geweest voor de ontwikkeling der wetenschap, maar van wier juistheid wij ons nog dagelijks kunnen overtuigen.

Het is de onvergankelijke roem van de toenmalige hervormers der natuurwetenschappen, onder wie onze landgenooten zulk een eervolle plaats innemen, dat zij volkomen juist de waarde van het feit hebben ingezien. Zij wisten en verkondigden, dat er geen kennis buiten waarneming mogelijk is. En zooals wij gezien hebben, de vruchten dezer leer bleven niet uit: de éene dwaling na de andere maakte plaats voor juiste voorstellingen, maar daar is één keerzijde, niet zelden ook voor nieuwe dwalingen. Dit bewijst echter niets, noch tegen de leer, noch tegen de waarnemers zelve. De leer zelve behoeft in deze dagen geen rechtvaardiging meer. In het volgende gedeelte dezer verhandeling zal ik mij dus slechts bezighouden met het betoog, dat het ontstaan dier nieuwe dwalingen niet toegeschreven moet worden aan het slechte gehalte der waarnemers, maar aan het feit, dat de menschelijke natuur aan een goede en exacte waarneming tal van hinderpalen in den weg legt.

D., Januari 1890.

DE TECHNIEK DER KUNSTMATIGE VROEGGEBOORTE,

DOOR

Prof. HECTOR TREUB.

Het vraagstuk der kunstmatige vroeggeboorte is ten deele geheel opgelost, ten deele is het nog het onderwerp van een levendigen strijd.

Opgelost is het vraagstuk, in hoofdzaak althans, voor zoover het betreft de indicaties voor de bedoelde verloskundige operatie. Wel alle verloskundigen zijn het thans eens over de gunstige resultaten die de kunstmatige vroeggeboorte oplevert bij bekkenvernauwing en bij ziekten van de moeder, hetzij deze van de zwangerschap afhankelijk zijn, dan wel door de gelijktijdig bestaande zwangerschap gevaar opleveren voor de vrouw. Omtrent dit punt bestaat alleen nog verschil over de grenzen, die men in het eene of in het andere geval aan de operatie te stellen heeft; een verschil dus van ondergeschikte beteekenis.

Zoo nu echter het vraagstuk der indicatie opgelost mag heeten, zoo zijn wij nog geenszins zoo ver gevorderd, als het er op aankomt eene keuze te doen tusschen de verschillende middelen die aangeraden worden om de baring op te wekken. Daaromtrent bestaat nog een zoo groot verschil van meening, dat men minstens de conclusie mag trekken dat er geene methode tot opwekken van partus praematurus bestaat, die zonder eenigen twijfel te verkiezen is boven alle anderen.

Hoewel ik nu niet meen dat het mij gelukt is een middel te vinden dat bestemd is alle anderen te verdringen, geloof ik toch dat mijne wijze van doen genoeg voordeelen oplevert om haar bekend te maken en te hopen dat men er de proef mede zal willen nemen.

Alvorens mijne experimenten te beschrijven en de daaruit voortvloeiende conclusies mee te deelen, zal ik zeer in het kort een overzicht geven van de meest bekende middelen, tot het opwekken van kunstmatige vroeggeboorte aangewend. Ik zal daarbij die middelen rangschikken naar het principe waarop hunne werking berust [1]).

Het grootste deel der voor het opwekken der baring aangeraden en toegepaste methoden heeft op 't oogenblik slechts historische beteekenis.

Zoo zijn alle pogingen om door medicamenten het beoogde doel te bereiken, volmaakt vruchteloos gebleken. De laatste methode van dien aard, de subcutane injecties van pilocarpine, is te gevaarlijk voor het

[1]) In de einde 1889 verschenen dissertatie van Dr. Th. G. den Houter: „Partus arte praematurus" vindt men zoowel de indicaties als de techniek op uitvoerige en heldere wijze uiteengezet. Voor nadere bijzonderheden verwijs ik daarom naar dat proefschrift. Slechts eene methode zal ik ietwat uitvoerig moeten bespreken, omdat de beschrijving daarvan, hoewel reeds in 1888 verschenen, èn Dr. den Houter èn mij, tijdens hij zijn proefschrift bewerkte, onbekend gebleven was.

kind en tevens te onzeker in hare werking, dan dat men daarop eenigermate zou kunnen vertrouwen.

De tamponnade der vagina, hetzij deze met pluksel (ev. jodoformgaas) of met een varkensblaas, of wel met den colpeurynter van Braun geschiedt, heeft eveneens niet het gewenschte succes gehad.

Evenmin zijn de bekende vioolvormige tampons van Barnes een geschikt middel voor het opwekken der vroeggeboorte. Wat Barnes zelf met zijn instrumenten bewerkt is een soort van accouchement forcé en geen partus arte praematurus.

De vaginaal-irrigatie, de z.g. opstijgende douche van Kiwisch, is onzeker in haar werking en tevens niet altijd zonder gevaar [1]). Dit laatste bezwaar geldt in nog hoogere mate voor de intrauterine inspuitingen tusschen de eivliezen en den uteruswand, naar de methode van Cohen.

Wanneer wij de verschillende vormen van electriciteit uitsluiten, als te onzeker in hunne werking, dan blijven er van de algemeen bekende methoden slechts twee over, tusschen welke op 't oogenblik het meest gekozen wordt.

De eerste is de vliessteek, hetzij deze geschiedt aan het ostium uteri internum, hetzij hoogerop in den uterus.

De tweede bestaat hierin dat men tusschen uteruswand en vliezen een vreemd lichaam inbrengt, dat de uteruscontracties opwekt doordat het de vliezen losmaakt van den uterus.

Men is gewoon tegen den vliessteek vooral theoretische bezwaren te berde te brengen. Men vreest daarvan alle bekende gevaren van den drogen arbeid. Gevaren die vooral het leven van het kind bedreigen, dus juist datgene wat men door den partus arte praematurus wil trachten te behouden. En het is om deze reden dat de meerderheid der obstetrici deze methode niet verkiest. Toch moet erkend worden dat de resultaten die door sommige aanhangers van den vliessteek verkregen worden, de waarde dier theoretische bezwaren zeer verminderen. Zoo verkrijgt, om slechts een voorbeeld te noemen, Braun [2]) 73% levende kinderen bij door vliessteek opgewekte kunstmatige vroeggeboorte; een resultaat dat werkelijk niet veel te wenschen overlaat.

De andere methode, berustende op het inbrengen van een vreemd lichaam tusschen uteruswand en vliezen, draagt een verschillenden naam, al naarmate van het ingevoerde instrument.

Hier in Nederland wordt, zoo ik mij niet vergis, vrij algemeen de methode van Krause gevolgd, sinds Simon Thomas deze heeft aanbevolen. Daarbij wordt, gelijk bekend is, een dikke elastieken bougie (N°. 21—23 van de filière van Charrière) in den uterus geschoven. Ook in Duitschland wordt deze methode het meest aangewend.

In Frankrijk moest zij concurreeren met de methode van Tarnier.

Tarnier's apparaat, de dilatateur intra-utérin, bestaat uit een week

---

[1]) Nog onlangs is een geval, waarin de vaginale douche den dood veroorzaakt had, gepubliceerd in de diss. van V. Baudry: Etude critique de la méthode des douches vaginales pour la provocation de l'accouchement prematuré artificiel. Paris 1890.

[2]) E. Braun von Fernwald und K. A. Herzfeld, Der Kaiserschnitt und seine Stellung zur künstlichen Frühgeburt etc. Wien 1888.

elastieken buis, waarvan het einde kan worden opgeblazen tot de grootte van een duivenei. Met behulp van een metalen conductor wordt het uitzetbare einde boven het ostium internum gebracht en daar gevuld. Het instrument van Tarnier is in de eerste plaats uitermate veel omslachtiger dan de bougie van Krause en bovendien is zijn werking niet beter. Integendeel: Schröder heeft terecht in een van de edities van zijn bekend leerboek met korte woorden recht gedaan over den dilatateur intrautérin, ongeveer als volgt: weinig uitgezet werkt het instrument niet en sterk uitgezet barst het.

Wanneer nu de werking van de bougie van Krause voldeed aan de redelijkerwijze daaraan te stellen eischen, dan zou er geen grond bestaan om een andere toepassing van hetzelfde principe te beproeven.

De werking der bougie voldoet evenwel geenszins aan den daaraan te stellen eisch, n.l. dat binnen niet al te lang tijdsverloop de baring daardoor worde opgewekt. Eenige jaren geleden was dit wel het geval en begon gewoonlijk de baring vrij snel na het inbrengen der bougie. Maar in dien tijd, vóór de toepassing der antisepsis, was het inbrengen der bougie op zich zelf niet zonder gevaar. Integendeel veroorzaakte het herhaaldelijk eene ernstige infectie, die meermalen den dood der vrouw ten gevolge had.

Thans bestaat dat gevaar niet meer. De medicus, die ten gevolge van het inbrengen eener bougie om de baring op te wekken nu zijne patiente zou zien succombeeren, zou den dood der vrouw op zijne rekening hebben, en wel ten gevolge van de onvolkomenheid van de door hem genomen antiseptische voorzorgsmaatregelen.

Doch terzelfder tijd dat door de toepassing der antisepsis bij de methode van Krause alle gevaar voor de moeder is geweken, is tevens het succes der methode aanzienlijk verminderd. De uterus-contracties laten dagen op zich wachten en in mijne kliniek heb ik eenige gevallen waargenomen, waarin eerst nadat de vliezen door het langdurig contact met de bougie stukgegaan waren en het vruchtwater afgeloopen was, de baring begon.

Balandin [1]) heeft het eerst de verklaring van dit feit gegeven. Hij zegt dat een volkomen aseptische bougie niet in staat is de baring op te wekken, doch dat een niet gedesinfecteerde bougie het beoogde doel bereikte, doordat zij eene, meestal lichte, endometritis opwekte.

Bij deze verklaring van Balandin sluit ik mij gaarne aan, onder een voorbehoud evenwel; n.l. dat men rekening houden moet met den graad van prikkelbaarheid, die enorm verschilt bij den eenen uterus vergeleken met den anderen.

Het is toch een sinds lang bekend feit dat er uteri zijn, die door den minsten prikkel die hen treft in contractie komen, en anderen die uitermate langzaam reageeren.

Rekening houdende met deze verschillen, kan men zeggen dat voor de gevoelige uteri de aseptische bougie voldoende is, doch dat voor de minder gevoelige hare werking zeer veel te wenschen overlaat. En aangezien de laatstbedoelde categorie veel sterker vertegenwoordigd is dan de eerste, is het duidelijk dat door de invoering der antisepsis in de

[1]) cf. den Houter, l c.

verloskunde de methode van Krause veel van hare waarde verloren heeft.

Men kan trouwens van een dergelijken invloed der antisepsis in de chirurgie voorbeelden genoeg vinden. Om daarvan slechts één te noemen, herinner ik er aan, hoe de incisie der hydrocele vóór de antiseptische periode eene wel gevaarlijke doch dan ook eene radicale operatie was, terwijl zij, sinds men daarbij antiseptisch te werk gaat, niet meer gevaarlijk is, maar ook geen radicale operatie meer mag heeten, daar zij geene verkleving der beide bladen der tunica vaginalis teweegbrengt.

Als nu het feit vaststaat, dat de mechanische prikkel door de bougie van Krause veroorzaakt, onvoldoende is om de baring op te wekken, dan ligt de conclusie voor de hand, dat men op tweeërlei wijze kan trachten daaraan tegemoet te komen; n.l. òf door een vreemd lichaam van grooteren omvang in den uterus in te voeren, òf wel te beproeven door chemische doch aseptische agentiën den uterus zoodanig te prikkelen, dat zijne contracties opgewekt worden, zonder dat eene ernstige ontsteking daarvan tevens het gevolg is.

Ik wil hier dadelijk bijvoegen dat ik de laatstbedoelde proef genomen heb. Met eene aan het einde geperforeerde sonde van Guyon heb ik door middel van een schroefspuitje enkele druppels ta. jodii of soms ook ol. therebintinae gebracht tusschen uteruswand en eivliezen. Deze proeven hebben niet het minste resultaat opgeleverd, zoodat ik kan volstaan met er hier deze korte melding van te maken [1]).

Men moet dus in de andere aangeduide richting zoeken naar eene verbetering van de methode van Krause. Reeds boven heb ik er op gewezen dat de dilatateur intra-utérin van Tarnier in geen enkel opzicht beter is dan de eenvoudige bougie.

Krachtiger werkte ongetwijfeld het apparaat dat in 1888 is beschreven door Champetier de Ribes [2]). Deze brengt met behulp van een ad hoc geconstrueerde tang boven het ostium internum een impermeabelen ballon van niet rekbaar weefsel. Deze ballon, opgevouwen ingebracht zijnde, wordt daarna door inspuiten van carbolwater uitgezet tot hij ongeveer de grootte van een pasgeboren kinderhoofd heeft.

De uitvinder zegt, dat zijn ballon is het kind van dien van Tarnier. Mij wel, mits men het dan maar als een ontaard kind beschouwt. Terwijl toch de ballon van Tarnier bestemd is eene natuurlijke baring op te wekken, is de bedoeling van Champetier's instrument «transformer l'accouchement provoqué en un accouchement gémellaire dans lequel le premier enfant serait réduit à sa tête» [3]). En, dit moet erkend worden, dat doel wordt volkomen bereikt. De vraag is echter of dit een voordeel is, en dat schijnt mij in de hoogste mate twijfelachtig. Integendeel geloof ik, dat gemakkelijk aangetoond kan worden dat juist in het principe de groote fout der methode schuilt.

Champetier zegt het kind wordt in dezelfde omstandigheden geplaatst waarin anders het tweede kind van een tweelinggeboorte verkeert; het heeft alle voordeelen van dien toestand, daarentegen heeft het ook enkele van de nadeelen te verduren.

[1]) cf. den Houter l. c.

[2]) Champetier de Ribes, De l'accouchement provoqué, etc. Paris, Steinheil 1888.

[3]) l. c. p. 7.

Maar de voordeelen, uit bedoelden toestand voortspruitende, hebben alleen betrekking op de weeke deelen, en het is niet van dien kant dat de moeilijkheden dreigen in de meeste gevallen van partus arte praematurus. Integendeel, daar men bijna altijd wegens bekkenvernauwing de baring vroegtijdig opwekt en daar men tracht dit zooveel mogelijk dan te doen als de schedel, door den krachtigen en langdurigen invloed der weeënwerkdadigheid sterk gemouleerd, nog juist door het bekken heen kan, is de volkomen ontsluiting, vóór dat er nog een begin van indaling is, zeker geen voordeel voor het kind.

De bewijzen voor deze theoretische redeneering kan men in de door Champetier meegedeelde gevallen zelf vinden.

Van de 18 gevallen zijn er slechts vijf waarin de baring spontaan is afgeloopen (Obs. IV, VI, VII, X en XII).

Beziet men evenwel deze vijf gevallen nauwkeurig, dan blijkt dat daarin, behoudens hoogstens ééne uitzondering, het gewenschte doel, het kind te brengen onder de omstandigheden van het tweede kind eener tweelinggeboorte, niet bereikt is.

In geval IV, secundipara met lichte bekkenvernauwing, werd de ballon uitgestooten om 6 uur, toen de ontsluiting de grootte van een handpalm had. Eerst om 8 uur, dus twee uur later, was de ontsluiting volkomen en eindigde de baring spoedig.

In geval VI, multipara, schouderligging, werd de ballon uitgedreven en braken spontaan de vliezen. Op dat oogenblik was de ontsluiting niet groot genoeg om inwendig keering op den voet te verrichten en daarom werd uitwendig op het hoofd gekeerd. Ongeveer 12 uren later was de ontsluiting nog niet grooter dan een rijksdaalder en 25 uren na de uitdrijving van den ballon werd het kind spontaan geboren.

In geval VII wordt eerst verhaald dat na de uitstooting van den ballon in de vagina de ontsluiting *bijna volkomen* was. Eenige regels verder echter leest men dat het ostium zich na het breken der vliezen *een beetje* gesloten heeft en de ontsluiting nu *de grootte van een rijksdaalder* heeft.

In geval X barst de ballon, de opening wordt met een klempincet gesloten. Toen de ballon uit de vagina gehaald werd was hij half leeg. Het hoofd, dat de ballon gevolgd had, stond in de holte. Mij dunkt dat hier de slappe ballon allerminst gewerkt heeft als een eerste kind tot het hoofd gereduceerd. De ballon heeft in dit geval alleen de rol van de vochtblaas overgenomen.

In het XIIe geval is het door Champetier gestelde doel bereikt in een spontaan verloopende baring. En hierbij is uit de beschrijving nog niet recht duidelijk of bij de uitstooting van den ballon in de vagina de ontsluiting wel volkomen was. De schrijver zelf gelooft van niet [1]).

Ik meen derhalve te mogen beweren, dat de methode van Champetier de Ribes, wanneer zij gelukt, bijna onvermijdelijk tot eene operatie voor de extractie van het kind voert, en dat zij de kansen op een spontanen afloop der baring vermindert, om niet te zeggen opheft.

Ziedaar, naar mijne meening, eene groote fout der methode. Eene fout

---

[1]) l. c. p. 35.

die van het principe afhankelijk is en die nog vele anderen na zich sleept. Wanneer men den uterus tot taak stelt door een vernauwd bekken een ballon zoo groot als het kinderhoofd heen te persen en volkomen ontsluiting door dien ballon te bezorgen, dan zal niet alleen de uitgeputte uterus geen kracht meer hebben om het kind te doen geboren worden, maar het kan zelfs geschieden, dat hij eene voorgenomen operatie onmogelijk maakt.

Naar het mij toeschijnt is dit geschied in geval XIV, waar, nadat de ballon, die een omtrek had van 30 centimeters, uitgestooten was, Champetier de rechterhand onder den schedel voelde voorliggen. Hij brak de vliezen, haalde een voet af en bracht dien gemakkelijk in de vulva. Niettegenstaande langdurige tracties gelukte de keering echter niet; het hoofd, dat een assistent vergeefs trachtte naar den fundus uteri te bewegen, bleef op den ingang.

De waarschijnlijke verklaring van dit feit moet gezocht worden in de rekking van het onderste segment van den uterus, tengevolge van den arbeid die noodig was voor de geboorte van den ballon. En het was de contractie-ring, die zich verzette tegen het terugdrijven van den schedel in den fundus uteri.

Behalve de genoemde en naar het mij toeschijnt zeer ernstige bezwaren, zijn er tegen de methode van Champetier nog andere bedenkingen in het midden te brengen. Deze zijn o. a. door Auvard [1]) aldus geformuleerd: moeilijkheid van het inbrengen van het apparaat, gevaar van abnormale liggingen veroorzaakt doordat de ballon het voorliggend deel van den ingang wegduwt, en eindelijk veelvuldig voorkomen van prolapsus funiculi tengevolge van het aanwenden van den ballon.

Met Auvard en Charpentier [2]) ben ik dan ook van meening dat de methode Champetier te veel gevaren oplevert om ooit algemeen te worden.

Ook ik heb naar een middel gezocht om te voldoen aan den bovengenoemden eisch, om een vreemd lichaam van meerder omvang dan de bougie in den uterus te brengen.

Hoewel het begin van mijne experimenten dateert van bijna een jaar na het verschijnen van Champetier's boek, is mij, zooals boven gezegd [3]), zijne methode onbekend gebleven, totdat ik reeds verscheidene malen de mijne had beproefd.

Het middel dat ik aanwend verschilt overigens toto coelo van dat van Champetier, zoowel wat het principe als wat de techniek aangaat.

Wat het principe betreft heb ik slechts getracht zonder gevaar voor moeder of kind een volumineus vreemd lichaam in te voeren tusschen uterus-wand en eivliezen. Daardoor kunnen, hetzij tengevolge van het onvermijdelijk losmaken der vliezen, hetzij tengevolge van de uitrekking van den uterus de contracties worden opgewekt.

Wanneer men, zooals ik doe, het vreemde lichaam hoog in den uterus brengt, dan is hierbij geen sprake van een prikkel uitgeoefend op de

---

[1]) Auvard, Traité pratique d'accouchements. Paris 1890, p. 705.
[2]) Charpentier, Traité pratique d'accouchements. 2e Ed. T. II. Paris 1890.
[3]) Zie noot pag. 108.

omgeving van het ost. uteri internum. En daar het gelukt op deze wijze uterus-contracties op te wekken, blijkt hieruit tevens de onjuistheid van de conclusie, door Champetier uit zijne experimenten getrokken, nl. «que le réflexe qui détermine le début du travail part du voisinage de l'orifice interne» [1]).

Het apparaat dat door mij gebruikt wordt is zeer eenvoudig. Het bestaat uit een caoutchouc condom, dat aan beide kanten goed gewasschen wordt, eerst onder de duinwaterkraan en dan in eene 5°/₀'s carbolzuur-oplossing. Als het condom op deze wijze gepraepareerd is, worden van een dunnen nieuwen elastieken katheter (N°. 10 van de filière van Charrière) de beide einden afgeknipt. De punt knip ik af om eene centrale opening te hebben en het ondereinde om geen hinder te hebben van het lak. Van den eveneens in carbol gedesinfecteerden katheter wordt het eene einde in het condom gebracht tot op 12 à 15 centimeters afstand van het gesloten einde, en dan wordt het condom met een dunnen draad van in carbol uitgekookte zijde om den katheter vastgebonden. Aan het andere einde van den katheter wordt een eindje van eene dunne Nélaton'sche sonde vastgemaakt om daarop de canule eener spuit te kunnen aanbrengen.

Daarmede is het eigenlijke apparaat klaar en blijft er nog slechts over het in den uterus te voeren.

Daartoe heb ik laten maken katheters van het kaliber van N°. 30 der filière van Charrière, die slechts eene centrale opening hebben aan beide einden. Aan een van de beide einden zijn de randen der opening glad gemaakt als de verdere buitenkant der sonde. Eerst heb ik fransche katheters gebruikt, die Galante voor mij heeft gemaakt. Aangezien het echter onmogelijk bleek den katheter ook van binnen glad te maken, heb ik mij dergelijke instrumenten van celluloid laten vervaardigen [2]). De door mij gebruikte conductor komt dus neer op een hollen cylinder van celluloid, die eene lengte van 28 cM. heeft.

Aangezien deze celluloid-katheters, hoewel de wanden zoo dun mogelijk zijn, weinig buigzaam zijn, dompel ik hen vóór het gebruik in een warme carbol-oplossing en geef er de verlangde kromming aan. De kromming is sterker als ik het apparaat in de voorste, zwakker als ik het in de achterste helft van den uterus wil voeren. En de keuze daarvan wordt bepaald door wat de insertie der lig.ta rotunda aan den uterus mij heeft geleerd ten opzichte van de waarschijnlijke plaats der placenta.

Nadat de celluloid-katheter afgekoeld is wordt er het andere apparaat ingeschoven. Vooraf is het condom afgedroogd met een lapje hydrophile-gaas en goed in 5°/₀'s carbol-olie gedompeld. Het apparaat wordt nu zoover in den katheter gebracht, dat slechts de punt van het condom uit het gladde einde van den katheter komt. Uit het andere einde komt dan de dunne bougie voor den dag.

Het aldus gereedgemaakte instrument wordt in de 5°/₀'s carbol-oplossing gelegd, terwijl ik de vrouw reinig. De reiniging bestaat 1°. in het

---

[1]) l. c. p. 35.

[2]) De instrumentmaker Hoefftcke heeft deze katheters voor mij besteld bij Polak te Londen.

wasschen der genitalia externa met water, zeep en carbol-oplossing, en 2°. in eene vaginaal-irrigatie met 2½%'s carbol-oplossing. Daarna wordt met Simon'sche specula de portio en vooral het ostium externum goed voor het gezicht blootgelegd. Het ostium en het cervikaalkanaal worden door herhaald uitwrijven met in 2½%'s carbol uitgewrongen salicylwatten-tampons zooveel mogelijk gereinigd van den daarin zich bevindenden slijmprop. Daarna wordt à vue het apparaat in de vooraf bepaalde richting in den uterus geschoven. Gewoonlijk geschiedt dit zonder eenige moeite. Wanneer een enkele maal de katheter den cervix terugduwt zonder er behoorlijk in te dringen, dan is de fixatie der portio met een kogeltang voldoende om dit kleine euvel te verhelpen.

Het behoeft wel nauwelijks gezegd te worden dat het inbrengen van het apparaat zonder eenig geweld moet geschieden en dat, zoodra men grooteren weerstand voelt, men moet trachten dien te ontgaan door eenigszins de richting van het instrument te veranderen.

Op deze wijze breng ik den geleidenden katheter zoover in den uterus totdat slechts zijn onderste uiteinde uit het ostium externum voor den dag komt. Dat ondereinde vat ik met een pincet beet, een assistent plaatst op het stukje Nélaton'sche katheter, dat uit de genitalia externa voor den dag komt, de canule van een met warm boorwater (3,5%) gevulde spuit en drukt langzaam den zuiger naar beneden. Zoodra het boorwater door den dunnen catheter in het condom komt, trek ik langzamerhand den geleidenden catheter terug. Dit gaat zeer gemakkelijk, zooals begrijpelijk is. Immers het gevulde deel van het condom, dat uit den katheter uitsteekt en waarvan de inhoud onder vrij hooge drukking staat, door de kracht waarmede het vocht wordt ingespoten, zal trachten de rest van het condom naar buiten te halen, of, anders gezegd, het condom zal trachten den geleidenden catheter terug te dringen.

Wanneer het condom geheel vrij tusschen uterus-wand en vliezen ligt en ongeveer 175 c.cM. boorwater bevat, wordt het stukje Nélaton'sche katheter door een zijden draad afgebonden en de groote katheter geheel verwijderd. De vagina wordt gereinigd en losjes getamponneerd met jodoform-gaas, dat van alle kanten zorgvuldig aangebracht wordt rond den dunnen katheter, die uit het ostium externum komt. Daarna wordt de vrouw te bed gelegd. De geleidende katheter wordt, na eenmaal gebruikt te zijn, verbrand, en dit geschiedt later ook met het overige gedeelte van het apparaat, nadat het weer uit den uterus verwijderd is.

Toen ik het toestel bedacht had, doch niet zeker was of het gemakkelijk aan te wenden, en evenmin of het in zijn werking betrouwbaar was, heb ik het eerst experimenti causa beproefd bij vrouwen in de kliniek, die hoogstens veertien dagen van den terminus der zwangerschap verwijderd waren en bij welke geene andere indicatie bestond voor partus arte praematurus dan deze, dat ik wilde weten of de methode bruikbaar was.

Ik laat hieronder mijne waarnemingen volgen, verkort doch overigens onveranderd overgenomen uit de aanteekeningen zooals die gemaakt zijn door mijne assistenten, de heeren Schouwman en Schmal.

I.

D. G. II para. Eerste partus in November 1887, forcipaal, kind dood. Was reeds eenigen tijd in de kliniek omdat primitief mijn plan was partus praematurus op te wekken. Een nader onderzoek van het bekken en van het kind had mij echter overtuigd, dat de geboorte van een levend voldragen kind mogelijk was.

Maten van het bekken . .	D. spin.	23	centimeters.
	D. crist.	26	»
	C. incl.	10,7	»

Den 1sten November 1889, ongeveer een week vóór het vermoedelijk einde der zwangerschap (laatste menstruatie einde Januari) werd besloten de vrouw voor het experiment te laten dienen, en 's middags 4 uur werd op de beschreven wijze het condom ingevoerd.

Het kind was in schouderligging, hoofd rechts, rug voor.

's Nachts traden zeer zwakke weeën op.

2 Nov. Weeënwerkdadigheid steeds gering. De exploratie, die ter wille van het apparaat en den tampon slechts zelden verricht werd, leerde dat er een begin van ontsluiting was.

's Avonds sterkere weeën. 's Nachts werd ik geroepen en vond

3 Nov. 's morgens 5 uur volkomen ontsluiting.

Ligging onveranderd, staande vochtblaas.

Het stuk Nélaton'sche katheter wordt afgeknipt, het boorwater loopt af en het leege condom wordt verwijderd.

Inwendige keering op den voet, vrij gemakkelijke extractie van een goed ontwikkelden jongen, die dadelijk schreeuwt.

Lengte 48 cM., gewicht 3320 gram.

Afmetingen van den schedel . .	F. O.	11	cM.
	M. O.	13	»
	B. P.	9	»
Groote omtrek		33,5	»
Kleine »		30,5	»

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind verlaten 16 November de kliniek.

II.

J. R., 26 jaar, II para. Eerste partus voor 4 jaar, forcipaal.

Zwangerschap normaal. Laatste menses einde Februari.

5 November 's morgens $10^1/_2$ uur.

De vrouw meent ongeveer 14 dagen vóór het einde der zwangerschap te zijn. Het kind bevindt zich in lengteligging, rug rechts, hoofd beweegelijk op den ingang.

Het condom wordt ingebracht.

's Avonds begint de vrouw te klagen over pijn, die weldra zoodanig toeneemt dat zij te middernacht naar de verloskamer wordt overgebracht.

Bij het onderzoek blijkt de ligging van het kind niet veranderd.

De schedel begint in te dalen. Ontsluiting rijksdaaldergroot.

Weeën krachtig en regelmatig. Condom verwijderd.

6 Nov. 1—$1^1/_4$ u. 's morgens spontane geboorte van een levend kind (geslacht niet genoteerd). Lengte 48 cM., gewicht 2850 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11,5	cM.
	M. O.	13,5	»
	B. P.	9	»
Groote omtrek. . . .		30	»
Kleine »		28	»

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind verlaten de kliniek den 19den November.

III.

C. M. O., 25 jaar, II para. Eerste bevalling spontaan.

Laatste menses 20 Februari, zwangerschap normaal.

22 November 1889 wordt het condom ingebracht. Toen de geleidende katheter bijna geheel in den uterus was, braken de vliezen en liep het vruchtwater door den katheter af. Het instrument wordt daarop geheel verwijderd.

's Avonds begon de weeënwerkdadigheid en ongeveer 24 uren na den vliessteek liep de baring spontaan af.

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind verlaten den 6den December de kliniek.

IV.

E. de R., 21 jaar, II para. Eerste baring voor twee jaar, spontaan.

Laatste menses begin Maart, zwangerschap normaal.

27 November 1889, 3 u. 's middags bracht ik bij deze vrouw, die geacht werd ca. 14 dagen vóór den terminus te zijn, het apparaat in den uterus. Dit gelukte zonder eenige moeite, doch toen ik den katheter terugtrok, ondervond ik aanzienlijken weerstand toen het condom bijna geheel uit den katheter was.

De oorzaak van dien weerstand was duidelijk. Ik had nog geen celluloid-katheters en de katheters van Galante hadden het gebrek dat de bovenste opening ietwat nauwer was dan de rest van de holte van den katheter. Deze soort van strictuur hield nu het laatste gedeelte van het condom terug, dat, met een draad om den dunnen katheter gebonden en met boorwater gevuld, te dik was om door de nauwe opening heen te gaan.

Toen het mij op geenerlei wijze gelukte den katheter te verwijderen, had ik het heele apparaat moeten laten liggen, zooals het lag. Deze goede gedachte kwam echter niet bij mij op, doch ik knipte overlangs den katheter open. Toen ik de nauwe plaats doorknipte, beleedigde ik met de schaar het condom en het boorwater liep weg. Door de scheur in het condom was de samenhang zoo verzwakt dat, toen ik het leege condom wilde terugtrekken, ik alleen het onderste einde meekreeg en de rest in den uterus bleef zitten.

's Avonds begonnen de weeën reeds.

28 November 4½ u. 's morgens. Weeën regelmatig. Voetligging. Ontsluiting ca. 3 centimeters.

Twee uur later kon met de vingers het stuk condom gepakt en verwijderd worden.

10¾ u. Volkomen ontsluiting. In usum clinicum extractie door een der

candidaten. Het kind blijkt zeer weinig ontwikkeld te zijn. Lengte 41 cM., gewicht 1960 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	10	cM.
	M. O.	12	»
	B. P.	8,5	»
Groote omtrek . . .		30	»
Kleine » . . .		28	»

Het kind bezwijkt denzelfden dag.

Kraambed volkomen ongestoord.

De vrouw verlaat de kliniek den 12den December.

V.

Vrouw L. geb. S. L. E., 26 jaar, III para. Beide vorige baringen spontaan.

Zwangerschap normaal, ca. 14 dagen vóór den terminus.

13 December 1889 $2^1/_2$ u. 's middags wordt zonder moeite het condom ingebracht.

's Avonds klaagt zij over pijn en voor de vrouw naar de verloskamer overgebracht is, worden de jodoformgaas-tampon en het gevulde condom uit de vagina gedreven.

11 u. 50 wordt gevonden, achterhoofdsligging, hoofd in de holte, ontsluiting 6 centimeters.

14 Dec. 1 u. 's morgens spontane geboorte van een meisje van 48 centimeters lengte en een gewicht van 3250 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	12	cM.
	M. O.	13	»
	B. P.	9,5	»
Groote omtrek . . .		34	»
Kleine » . . .		31	»

Kraambed volkomen normaal.

Moeder en kind worden den 27sten December ontslagen.

VI.

Vrouw D. geb. M. G., 26 jaar, IV para. Vorige baringen spontaan.

Zwangerschap normaal, ongeveer 14 dagen vóór het einde.

13 December $2^1/_2$ u. 's middags wordt het condom zonder moeite ingevoerd.

's Avonds begint de vrouw over pijn te klagen.

14 December 2 u. 's morgens werd gevonden lengteligging, rug rechts, schedel bewegelijk op den ingang. Ontsluiting rijksdaaldergroot, vochtblaas weinig gespannen.

Bij het onderzoek werd het condom in de vagina gevonden. In dit geval was, evenals in het vorige, de katheter niet zoo hoog mogelijk in den uterus geschoven, zoodat, toen deze teruggetrokken was, men met den vinger gemakkelijk het ondereinde van het condom in den cervix bereiken kon.

De weeën waren zwak en weinig frequent, en 8 u. 's morgens hielden zij geheel op.

$10^1/_2$ u. 's morgens vond ik den schedel vaststaande, a. r. a., ontsluiting niet toegenomen en brak daarom de vliezen. Weldra kwamen krachtige

weeën, en te $1^{3}/_{4}$ u. 's middags werd spontaan een kind van het mannelijk geslacht geboren.

Schedelmaten . . .	O. F.	11,5	cM.
	M. O.	14	»
	B. P.	9	»
Groote omtrek . . .		34	»
Kleine » . . .		29	»

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind worden 28 December ontslagen.

VII.

E. N., 24 jaar, II para. Eerste baring spontaan voor 15 maanden.

Laatste menses 14 Maart.

16 December 1889 $2^{1}/_{2}$ u. 's morgens tracht ik het condom in te voeren. Daarbij breken echter de vliezen en het vruchtwater loopt door den katheter af. Het instrument wordt verwijderd.

Eerst 18 Dec. begon de vrouw over pijn te klagen en werd zij naar de verloskamer gebracht. Zoodra zij daar is wordt het hoofd geboren. Kind van het mannelijk geslacht, lengte 50 cM., gewicht 3120 gram.

Schedelmaten . . .	O. F.	12	cM.
	M. O.	15	»
	B. P.	10	»
Groote omtrek . . .		36	»
Kleine » . . .		33	»

Kraambed normaal. Moeder en kind worden 30 December ontslagen.

VIII.

Wed. K. geb. H. J. V., 25 jaar, II para. Eerste baring forcipaal.

Laatste menstruatie midden Maart. Zwangerschap normaal. Licht platvernauwd bekken. Conjugata inclinata 11,25 cM.

20 December 1889 te 2 u. 's middags wordt door mij het apparaat ingebracht. Toen de katheter ongeveer het midden van den uterus had bereikt, ontstond er bloeding. Het bloed liep in vrij groote hoeveelheid door den katheter af. Het instrument wordt verwijderd, de bloeding gaat door. De vrouw wordt gechloroformiseerd en daarop wordt door mij de gecombineerde keering naar de methode van Braxton Hicks verricht en een voet, de linker, tot vóór de vulva gehaald. De versie werd zeer bemoeielijkt door de groote rigiditeit van het ost. internum.

Na de keering stond de bloeding.

In den loop van den namiddag werd de voet cyanotisch en reageerde niet meer op het aanraken. Bijna geen weeën. Een poging om door trekken aan den voet den arbeid te verhaasten blijft vruchteloos. Tegen 10 uur 's avonds vormt zich op den voet een blaas, die weldra barst en het corium over een vrij groote uitgestrektheid blootlegt. Onder deze omstandigheden scheen mij het accouchement forcé gewettigd, en aangezien ik verhinderd was naar het ziekenhuis te gaan, werd dit door den heer Schouwman verricht.

De vrouw werd opnieuw genarcotiseerd en multipele kleine incisies werden met het geknopte mes in het rigide ost. internum gemaakt.

De langzame extractie leverde daarna geen moeilijkheden meer op.

Het kind, van het mannelijk geslacht, was eenigszins asphyctisch, doch werd weldra weer bijgebracht. Lengte 47 cM., gewicht 2750 gram.

Schedelmaten . . .	O. F.	12	cM.
	M. O.	13	»
	B. P.	9	»
Groote omtrek		33	»
Kleine »		29	»

Op de geboorte van het kind volgde eene sterke bloeding. De nageboorte werd uitgedrukt, doch de bloeding hield niet op en het corpus uteri was en bleef volkomen slap en zonder eenige contractie.

In de baarmoeder werd daarom een jodoformgaas-tampon van c^a. 50 meters lengte gebracht. De bloeding stond daarop niet volkomen. De tampon werd verwijderd en door een nieuwen vervangen. Toen deze ter lengte van c^a. 20 meters was ingevoerd, was de uterus goed gecontraheerd en stond de bloeding stil.

Kraambed volkomen ongestoord. De tampon werd 36 uur p. p. verwijderd.

Moeder en kind verlaten de kliniek den 6^den Januari 1890.

IX.

M. G., 26 jaar, III para. De beide eerste zwangerschappen zijn geëindigd met (waarschijnlijk opgewekten) abortus.

Normale zwangerschap. Laatste menstruatie begin April.

23 December 1889, te 3 u. 's middags, voerde ik zonder moeite het condom in. Te 8 u. begint de vrouw pijn te krijgen.

Lengteligging, rug rechts voor, hoofd bewegelijk op den ingang. Cervix nog niet verstreken.

Weeënwerkdadigheid regelmatig.

24 Dec. 2½ u. 's morgens wordt opnieuw onderzocht. Het hoofd is in de holte a. l. v. Ontsluiting volkomen. Het condom wordt verwijderd. De vliezen worden gebroken.

3¾ u. spontane geboorte van een meisje, lengte 49 cM., gewicht 3360 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	12	cM.
	M O.	13,5	»
	B. P.	8,5	»
Groote omtrek		33	»
Kleine »		29	»

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind worden den 7^den Januari 1890 ontslagen.

Na deze proefnemingen besloot ik het apparaat alleen aan te wenden daar waar partus praematurus geïndiceerd was en de serie der voorafgaande experimenten te sluiten.

Sedert dien tijd heb ik het instrument in de volgende gevallen aangewend:

X.

Vrouw V. geb. G. M. V., 36 jaar, IX para.

Eerste baring à terme, forcipaal, levend kind in 1876. Tweede baring evenzoo in 1877. In 1878 derde zwangerschap, die door perforatie geëindigd werd niettegenstaande de baring vroegtijdig was opgewekt. In 1879

en 1880 opnieuw partus a. p. waardoor een dood kind en een ander dat 4 dagen leefde geboren werden. In 1885 miskraam en in 1887 spontane geboorte van een doodgeboren kind (à terme?). In 1888 p. a. p. levend kind.

Normale zwangerschap. Laatste menses 8 April 1889. Wordt 30 December in de kliniek opgenomen.

Dwarsligging. Conj. inclinata 10,2 cM.

Denzelfden dag 's middags 2 uur wordt het condom ingebracht.

Eerst den volgenden morgen begon de vrouw over lichte pijnen te klagen. 's Middags 3 uur werd onderzocht, nadat de weeën wat sterker geworden waren. Volkomen ontsluiting. Het condom lag in de vagina. Kind bewegelijk op den ingang. Schouderligging, hoofd links, rug vóór. De vrouw wordt genarcotiseerd en daarop verricht de heer Schouwman, door uitwendige handgrepen de keering en doet daarop, na breken der vliezen, door eene vrij gemakkelijke extractie een levend kind van het vrouwelijk geslacht geboren worden.

Tot mijn spijt heeft mijn assistent, die bezig was zijn ambt aan zijn opvolger over te dragen, in de drukte van het verhuizen vergeten de maten van het kind te nemen. Het kind had een lepelvormig indruksel in het linker wandbeen.

Het kraambed werd gestoord door een aanval van influenza die, naast de temperatuursverhooging en andere gewone verschijnselen, gekarakteriseerd was door eene hyperaesthesie van de blaas. Zoodra de influenza voorbij was verdween ook de hyperaesthesie. In het bekken geen afwijkingen.

Moeder en kind verlaten beiden goed gezond den 10den Januari 1890 de kliniek.

XI.

Vr. W. geb. K. O., 29 jaar, V para. Is sinds 27 December 1889 in de kliniek. Laatste menses einde Juni. Oedeem van voeten en buikwand. Meent zwanger te zijn, doch is er niet zeker van daar zij geen leven voelt. Albuminurie. Het herhaalde onderzoek tijdens het verblijf der pat. in de kliniek leerde het ontbreken van foetale harttonen zoowel als van toename in volume van den uterus. Daar er van beginnende uitdrijving der doode vrucht niets te merken is, wordt besloten de baring op te wekken.

29 Januari 1890, 10 u. 's morgens, wordt door mij zonder moeite het condom ingebracht. Dien dag geen weeën.

Eerst den volgenden avond begon de vrouw te klagen. Toen mijn assistent om middernacht kwam, vond hij het condom reeds uitgedreven en een voet uit de vulva komende. De op den buik gelegen hand bespeurt niets van uterus-contracties.

31 Jan. te 12½ u. 's morgens wordt door zachten druk op den buik de rest van den gemacereerden foetus uitgedreven.

Kraambed geheel ongestoord. Ontslagen 13 Febr. 1890.

XII.

S. M., 24 jaar, II para. Eerste baring vóór 5 jaar, forcipaal.

Normale zwangerschap. Laatste regels 24 Mei.

7 Februari 1890. Algemeen vernauwd bekken.

Conj. inclinata	11,5 cM.
D. spin.	22,5 »
D. crist.	25,5 »
D. troch.	28,5 »
Omtrek van het bekken.	87,5 »

De lineae innominatae zijn gemakkelijk te vervolgen. Aangezien het onmogelijk blijkt door zelfs sterken uitwendigen druk het hoofd verder dan met een klein segment in den bekkenring te dringen, wordt tot het afbreken der zwangerschap besloten.

9 u. 's morgens. Inbrengen van het instrument. Hoog in den uterus worden de vliezen doorboord, waarop het vruchtwater door den katheter naar buiten loopt. Het instrument wordt daarop verwijderd.

8 Febr. 6 u. 's morgens. De weeën, die gedurende den nacht zwak begonnen zijn, worden krachtiger.

7 u. ontsluiting bijna volkomen. Hoofd vaststaand a. l. v. Kleine fontanel zeer diepstaand in de bekkenas.

7 u. 50. Spontane geboorte van een kind van het mannelijk geslacht, lengte 48,5 cM., gewicht 3070 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11 cM.
	M. O.	14 »
	B. P.	9 »
Groote omtrek . . .		35 »
Kleine » . . .		30,5 »

Kraambed ongestoord.

Moeder en kind verlaten de kliniek den 21sten Febr. 1890.

XIII.

Vr. V. geb. A. B., 30 jaar, II para. De eerste zwangerschap is vóór 1½ jaar, na vruchtelooze pogingen tot forcipale extractie door den medicus der vrouw, door mij getermineerd door perforatie en zeer moeilijke cranioclast-extractie.

Zwangerschap normaal. Vermoedelijk einde laatste dagen van Maart.

Klein individu met plat rachitisch bekken.

Conjugata inclinata . . .	10 cM.
» vera geschat op	8 »
D. spin.	25 »
D. crist.	27,5 »
Omtrek van het bekken .	91 »

Sacrum convex in beide richtingen. De korte femora zijn evenals de tibiae naar buiten gekromd.

3 Maart 1890. Bij onderzoek in narcose blijkt het onmogelijk den schedel in het bekken te doen indalen.

10 u. 's morgens wordt het condom ingebracht en dit opgespoten met ca. 400 c.cM. boorwater. Onder het inbrengen vrij sterke haemorrhagie, die verminderde toen het condom gevuld werd en geheel ophield na tamponade der vagina.

Noch dien dag, noch den volgenden kwamen er weeën.

Den 5den Maart liet ik tijdens de ochtendvisite om 10½ u. het boor-

water uit het condom wegloopen, in de meening dat wellicht de uitzetting van den uterus te sterk was, en dat, als het losmaken der vliezen de oorzaak der baring moest zijn, dit voldoende geschied was. Bijna onmiddellijk daarop begonnen de contracties.

1½ u. 's middags ontsluiting rijksdaaldergroot. Weeën krachtig en regelmatig.

5 u. ontsluiting volkomen. Lengteligging, rug rechts, hoofd bewegelijk ietwat naar links van den ingang afgeweken. Het condom ligt in de vagina.

6 u. Hoofd steeds bewegelijk. De vrouw wordt genarcotiseerd en daarna wordt door mij versie en extractie verricht. Nadat de armen gemakkelijk ontwikkeld zijn, moet voor de geboorte van het hoofd de handgreep van Mauriceau door uitwendigen druk worden ondersteund.

Het kind, jongen, licht asphyctisch, wordt weldra bijgebracht.

Lengte 46 cM., gewicht 2650 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11,5 cM.
	M. O.	12,75 »
	B. P.	9 »
Groote omtrek		34 »
Kleine »		31 »

Het kind had een lepelvormig indruksel in het rechter wandbeen. De afstand tusschen de basis van den deuk en het linker tuber parietale was 7,5 cM.

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind verlaten de kliniek den 20sten Maart 1890.

XIV.

Vr. C. geb. H. v. d. O., 29 jaar, V para.

De vrouw wordt den 7den April 1890 in de kliniek gebracht. Zij was in de laatste maand der zwangerschap. Ten gevolge eener laryngitis tuberculosa, die het slikken bijna onmogelijk maakt en aanleiding heeft gegeven tot het optreden van oedema glottidis, verkeert zij in stikkingsgevaar. Door geregelde aanwending van ijszakken rond den hals vermindert de dyspnoe. Aangezien het te vreezen is dat de zeer uitgeputte vrouw geen drie weken meer leven kan, den tijd die er nog tot het einde der zwangerschap overblijft, wordt den 9den April 1890, 3 uur 's middags, zonder moeite het condom ingebracht.

8 u. Regelmatige weeën.

9½ u. Hoofd in de holte a. l. v. Ontsluiting als tienstuiverstuk.

In den nacht vermindert de weeënwerkdadigheid. Tegen den middag van 10 April wordt zij weer sterker.

3½ u. 's middags. Ontsluiting volkomen. Het condom, waarvan het bovenste einde ontbreekt, ligt in de vagina.

3¾ u. Spontane geboorte van een levend meisje, lengte 46 cM., gewicht 2150 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11 cM.
	M. O.	12,5 »
	B. P.	8,5 »
Groote omtrek		32,5 »
Kleine »		29,5 »

Met de nageboorte wordt het boveneinde van het condom uitgedreven.

De vrouw bezwijkt den 24sten April, 15 dagen na de baring, aan een acute exacerbatie van haar tuberculeuse pneumonie.

De genitaalorganen worden bij de sectie in volkomen normalen toestand gevonden.

Het kind wordt 26 April ontslagen.

XV.

Vr. v. K. geb. P. S., 43 jaar, XI para.

Van de vroegere baringen hadden de eerste 7 levende kinderen gegeven. Van deze werd alleen de tweede forcipaal, de overige spontaan geboren. In de laatste drie bevallingen was opnieuw de forceps noodig geworden. Alleen het laatste kind is levend geboren.

Normale zwangerschap. Vermoedelijk einde: midden Mei.

Conjugata inclinata 11¾ cM.

26 April 1890, 10½ u. 's morgens bracht ik het instrument in. Toen de katheter bijna geheel in den uterus was, begon het vruchtwater door den katheter af te loopen. Het instrument wordt niet weggenomen doch op de gewone wijze gevuld. Toen het condom gevuld en de katheter verwijderd was, hield het waterverlies op.

27 April 4 u. 's morgens. Begin der weeën. Lengteligging, rug rechts, hoofd naar links afgeweken.

5 u. Ontsluiting rijksdaaldergroot. Het condom wordt in de vagína uitgedreven.

5¾ u. Spontane ruptuur der vliezen. De schedel komt op den ingang.

8½ u. Schedel daalt in a. r. a. Groote fontanel staat het diepst. Ontsluiting 6 cM.

9 u. 35. Het hoofd wordt spontaan geboren met den neuswortel onder de symphysis en het achterhoofd over het perineum.

Levend meisje, lengte 49 cM., gewicht 3100 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	12 cM.
	M. O.	13,5 »
	B. P.	9,25 »
Groote omtrek		34 »
Kleine »		33 »

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind worden den 10den Mei ontslagen.

Toen ik begon met mijn toestel te beproeven, was het mij duidelijk, dat het wel niet te gebruiken zou zijn om bij eene primigravida de baring op te wekken. De dikke geleidende katheter, waaraan de punt geheel ontbreekt, zou daar niet zonder vrij veel kracht en vooral niet zonder stooten door het cervikaalkanaal heengevoerd kunnen worden, zoodat men bijna zeker de vliezen op de hoogte van het ostium internum zou beleedigen.

Toen ik, bezig zijnde met mijn experimenten, kennis kreeg van het stuk van Nebel [1]), waarin deze het door Hofmeier aangewende

[1]) Nebel, Zur Behandlung der Schwangerschaft bei Kyphoscoliose Centralbl. für

middel beschrijft, besloot ik dan ook onmiddellijk dit te beproeven.

Dat middel bestaat in de tamponnade van den cervix met jodoformgaas. Hofmeier is zoo vriendelijk geweest mij op mijn vraag daaromtrent te antwoorden, dat hij meende de eerste te zijn, die het bekende denkbeeld van Vulliet heeft toegepast om de baring op te wekken. Hij had toen (16 Jan. 1890) zijne methode zesmaal toegepast en altijd met volkomen succes.

Later heb ik bespeurd dat Chennevière [1]) op dezelfde gedachte gekomen is, en naar het schijnt zelfs wat eerder dan Hofmeier.

Zooals gezegd besloot ik de tamponnade van den cervix aan te wenden, hoewel mijn vroegere proeven daarmede geen resultaat opgeleverd hadden. Zoekende naar een middel om de bougie van Krause te vervangen, had ook ik, in het begin van 1889, de jodoformgaas-tamponnade van den cervix verricht. Evenwel had ik deze proefnemingen, zooals later die met het condom, verricht bij multiparae. En bij hen geeft de tamponnade van den cervix niets, zelfs niet als men eene massa jodoformgaas van mansvuistgrootte inbrengt. Daarom heb ik later de proeven weer opgevat bij primiparae en ging daarbij op de volgende wijze te werk. De cervix wordt met Simon's specula blootgelegd, gereinigd als voor het inbrengen van het condom beschreven is en met de kogeltang gefixeerd. Daarna breng ik met een lange koorntang een strook jodoformgaas van 3 vingers breedte in en stop daarmee het cervikaalkanaal zooveel mogelijk vol. In de vagina wordt daarna een losse jodoformgaas-tampon gelegd.

Ik zal mijn waarnemingen van jodoformgaas-tamponnade hieronder beschrijven; eerst eenige die zuiver bij wijze van experiment verricht zijn, en daarna twee waarin het afbreken der zwangerschap, zoo al niet onvermijdelijk, dan toch geïndiceerd was.

XVI.

A. v. S., 24 jaar, I para. Normale zwangerschap.

28 December 1889 te 10 u. 's morgens tamponneerde ik den cervix zoo krachtig mogelijk met jodoformgaas. In de vagina een losse jodoformgaas-tampon.

Ongeveer drie uur later begonnen er lichte weeën te komen. Tegen den avond werden zij sterker en werd de vrouw naar de verloskamer overgebracht.

$11\frac{1}{2}$ u. 's avonds. Hoofd in de holte a. l. v. Ontsluiting als tienstuiverstuk. Weeën krachtig en regelmatig.

29 Dec. 3 u. 35 's morgens, spontane geboorte van een meisje. Gewicht 2650 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11	cM.
	M. O.	12,5	»
	B. P.	9	»

Gyn. 1889 N°. 51. De eerste publicatie uit de kliniek van Hofmeier over de tamponnade van den cervix voor het opwekken der baring, dateert van het begin van 1889 (Münch. med. Wochenschr. N°. 13).

[1]) E. Chennevière, Accouchement prématuré artificiel provoqué par les tampons iodoformés. Revue méd. de la Suisse romande 20 Dec. 1888, gerefereerd in Rép. Univ. d'Obstet. et de gynéc. 1889 pag. 124.

Groote omtrek	31	cM.
Kleine »	28	»

Kraambed volkomen ongestoord.

Moeder en kind worden 14 Januari 1890 ontslagen.

XVII.

A. V., 24 jaar, I para. Normale zwangerschap. Laatste menses einde Maart.

29 December 1890, te 10 u. 's morgens, wordt het cervikaalkanaal zoo krachtig mogelijk met jodoformgaas getamponneerd. Vijf uren later lichte weeën, die in den nacht sterker worden. De vrouw wordt naar de verloskamer overgebracht. Lengteligging, rug rechts voor, schedel bewegelijk op den ingang.

De tampon, die in de vagina ligt, wordt verwijderd. De cervix is nagenoeg verstreken, het orificium internum laat den vinger door.

Na de verwijdering van den tampon werden de weeën minder en minder krachtig, zoodat 30 Dec. 10 u. 's morgens de toestand nog onveranderd was.

Zonder eenige moeite kon ik nu het condom in den uterus brengen.

Daarop beginnen de weeën weer, doch zonder groote kracht.

10 u. 's avonds. Ontsluiting rijksdaaldergroot. Hoofd vaststaande a. r. a. Ik breek de vliezen.

31 Dec. 1 u. 45 's morgens. Spontane geboorte van een jongen. Lengte 52 cM., gewicht 2900 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11	cM.
	M. O.	13	»
	B. P.	8,5	»
Groote omtrek		34	»
Kleine »		31	»

Het kraambed werd gestoord door een aanval van influenza, die door een ernstige bronchitis en een licht pleuritisch exsudaat werd gecompliceerd. Geen afwijkingen in het bekken.

De moeder, geheel genezen, en het kind worden 19 Febr. 1890 ontslagen.

XVIII.

A. H., 22 jaar, I para. Normale zwangerschap. Laatste menses begin Maart(?).

Den 29sten December 10 u. 's morgens tamponnade van den cervix met jodoformgaas.

Ten 6 u. 's avonds begint de vrouw weeën te krijgen, die langzamerhand sterker wordend, aanleiding geven haar te 2½ u. 's morgens den 30 Dec. naar de verloskamer over te brengen.

Nadat de tampon verwijderd is, wordt eene ontsluiting ter grootte van een tienstuiverstuk gevonden, hoofd goed vaststaande a. l. v. Weeën regelmatig en sterk.

8 u. 15. Spontaan breken der vliezen.

9½ u. Ontsluiting volkomen. Daarna worden de weeën zwakker en zwakker.

7 u. 10 's av. De schedel spant sinds twee uren het perineum matig aan. Vrij sterke afscheiding uit de vagina.

De baring wordt door een der candidaten forcipaal geëindigd.

Levend kind van het vrouwelijk geslacht. Lengte 50 cM., gew. 3500 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11,5	cM.
	M. O.	13,5	»
	B. P.	9,5	»
Groote omtrek		34	»
Kleine »		28	»

Kraambed volkomen ongestoord.
Moeder en kind worden 13 Januari 1890 ontslagen.

XIX.

C. v. H., 19 jaar, I para. Klein individu.

Normale zwangerschap. Laatste menses einde Mei.

Algemeen vernauwd bekken. Promontorium gemakkelijk te bereiken, conj. inclinata 12 cM., valsch promontorium. De lineae innominatae zijn gemakkelijk te betasten, links nog beter dan rechts; dist. spin. $21^{3}/_{4}$ cM., dist. cr. $23^{3}/_{4}$ cM., omtrek van het bekken 74 cM., dist. troch. 27,5 cM.

6 Februari 's middags 2 u. werd, bij gebleken onmogelijkheid om ook door krachtigen uitwendigen druk den schedel in den ingang te dringen de cervix met jodoformgaas getamponneerd.

9 u. Weeën. Lengteligging, rug links, hoofd bewegelijk op den ingang. De vaginaaltampon wordt verwijderd, de andere bevindt zich nog in den cervix.

7 Febr. $1^{1}/_{2}$ u. 's morgens. De tampon ligt in de vagina. De cervix, niet verstreken, laat een vinger door. Hoofd bewegelijk.

8 u. De vrouw klaagt steeds over pijn. De op den buik gelegde hand bespeurt bijna geen contracties.

12 u. Toestand dezelfde. De ontsluiting neemt niet toe.

2 u. 's middags wordt een condom in den uterus gebracht. Eerst 48 uur later beginnen de contracties voor goed. Den 9den Februari 's avonds te 9 u. 55 wordt in achterhoofdsligging a. l. v. het kind van het mannelijk geslacht spontaan geboren. Lengte 45 cM., gewicht 2350 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	11,5	cM.
	M. O.	13	»
	B. P.	8,5	»
Groote omtrek		32	»
Kleine »		28	»

Den 2den en 3den dag p. p. had de kraamvrouw 's avonds temperatuursverhooging tot 39,°4. De ochtendtemperatuur was 36,°7 en aangezien noch in het bekken noch elders eene oorzaak voor de koorts te vinden was, werd 1 gram chinine d. d. gegeven.

Den 4den dag stijgt de temperatuur tot 38,°8, den 5den tot 37,°8 en blijft daarna normaal.

De vrouw staat den 10den dag op en wordt 23 Februari ontslagen.

Het kind is langzamerhand verminderd en is 8 dagen na de geboorte gestorven.

XX.

N. B., 20 jaar, I para.

Normale zwangerschap. Laatste menstruatie begin Augustus.

Licht vernauwd plat bekken. Conj. inclinata 11¾ cM. De bekkenanomalie, hoe gering ook, heeft een duidelijken invloed op de zwangerschap, daar het hoofd nog bewegelijk op den ingang staat. Deels daarom, deels experimenti et demonstrationis causa wordt den 26sten April 1890 's morgens 10 u. de cervix getamponneerd.

28 April. Geen reactie. De tampon, die blijkt 137 cM. lang te zijn, wordt verwijderd en een nieuwe ingebracht.

30 April. Geen weeën. Te 2 u. 's middags wordt door mijn assistent, den heer Schmal, het condom ingebracht zonder moeite, behalve een geringe weerstand aan het ostium internum.

36 uur later, den 2den Mei te 1 u. 's morgens, breken de vliezen en valt de jodoformgaas-tampon uit de vagina.

8 u. 's morgens. Temperatuur 39,° 8. Sinds gisteren hoest de vrouw veel; het onderzoek leert niet anders dan de aanwezigheid eener bronchitis. Het condom wordt verwijderd en de vagina met eene 2,5%'s oplossing van carbolzuur zorgvuldig gewasschen.

12 uur. In den loop van den ochtend zijn de weeën begonnen. Temperatuur 38° ,6.

1 u. 's middags. Hoofd vaststaande a. l. v. Ontsluiting 4 cM.

2½ u. Ontsluiting bijna volkomen.

6 u. 15. Spontane geboorte van een jongen. Lengte 51 cM., gew. 3750 gram.

Schedelmaten . . .	F. O.	12 cM.
	M. O.	14,25 »
	B. P.	9,25 »
Groote omtrek . . .		37 »
Kleine » . . .		31 »

8 u. Temperatuur 37,° 8.

3 Mei 8 u. 's morgens. Temperatuur 36° ,8, pols 64.

De temperatuur schommelt verder tusschen 36,° 8 en 37,° 1, de polsfrequentie tusschen 64 en 80.

Moeder en kind vertrekken den 17den Mei uit de kliniek.

Uit de beschreven waarnemingen blijkt dat de tamponnade van den cervix mij niet de resultaten gegeven heeft, die men na de mededeelingen van Chennevière en Hofmeier zou verwacht hebben. Slechts in twee gevallen van de vijf was de tamponnade voldoende om de baring op te wekken.

Wij moeten daarom, dunkt mij, tot de volgende conclusie komen. Voor het opwekken der baring bij eene primipara moet de tamponnade van den cervix de «methode de choix» zijn, daar zij eenvoudig, gemakkelijk aan te wenden, geheel zonder gevaar en dikwijls werkzaam is. In het geval dat de tamponnade niet den arbeid opwekt, is zij eene uitstekende voorbereiding voor elk ander middel dat men wil aanwenden.

Bij multiparae en bij primiparae, bij welke de tamponnade geen resultaat heeft opgeleverd, wordt door mijne methode van intrauterine dilatatie de baring opgewekt na korteren of langeren tijd. De tijd die verloopen is tusschen het inbrengen van het condom en het eindigen der baring is in 14 gevallen gemiddeld 31 uur geweest.

Vergelijkt men dit resultaat met datgene wat met de methode van

Krause bereikt wordt in de klinieken te Dresden en te Berlijn, dan springt het voordeel van mijne methode in het oog.

Bij Leopold [1]) was de gemiddelde tijd tusschen het inbrengen der bougie en het einde der baring 80 u. 18, bij Schröder [2]) 79 uur.

De gemiddelde tijd tusschen het inbrengen van den ballon van Champetier en de baring was nog veel kleiner dan de tijd die mijne methode vereischt, n.l. slechts 11 u. 40 [3]).

Dat hangt ongetwijfeld in hoofdzaak hiervan af, dat Champetier een vreemd lichaam van veel grooter volume dan het gevulde condom heeft, in den uterus brengt. Voor een deel wellicht hiervan dat de ballon op het onderste segment een prikkel uitoefent, hoewel ik, na wat hieromtrent boven gezegd is, niet geloof dat dit moment zooveel beteekenis heeft als Champetier wel meent.

Daarentegen vallen aan mijn apparaat niet de nadeelen ten laste, die terecht aan den ballon van Champetier verweten worden.

Geen verplaatsing van het voorliggend deel, dus geen gevaar van abnormale liggingen ten gevolge van het aangewende middel. Worden de vliezen gebroken dan geschiedt dit hoog in den uterus, dus geen gevaar voor prolapsus funiculi.

De uitdrijvende krachten worden niet gebruikt voor de uitdrijving van een pseudo-kinderhoofd. Integendeel kunnen zij onmiddellijk hare werking doen gelden om het ware doel van de baring, t. w. het uitdrijven van het kind door het baringskanaal, te bereiken. Ik wek eene natuurlijke baring op, zooals dat ook geschiedt door de methode van Krause. En wanneer, hetzij door eene abnormale ligging van de vrucht, hetzij door eene bekken-anomalie eene operatie noodig wordt, dan wordt de keuze der te verrichten operatie niet beperkt ten gevolge van het aangewende middel, zooals dat geschiedt bij de methode van Champetier.

De bezwaren die aan mijne methode kleven, zijn dezelfde die gelden voor de methode van Krause, de langzame werking uitgezonderd.

Het zijn de kans om door het instrument eene bloeding te veroorzaken en de kans op verscheuren der vliezen.

Het is niet te miskennen dat beide zaken kunnen voorkomen, zooals trouwens door mijne waarnemingen wordt bewezen. Doch het schijnt mij niet minder waar, dat met mijne methode zoowel de bloeding als het breken der vliezen minder te vreezen zijn dan met de eenvoudige bougie van Krause.

Worden de vliezen gebroken, dan kan men kiezen tusschen tweeërlei gedragslijn.

N.l. òf het instrument verwijderen, zooals ik gedaan heb in de gevallen III, VII en XII, en zooals de eenige mogelijkheid is wanneer met de bougie van Krause de vliezen geperforeerd worden. Of wel men kan doen zooals ik gedaan heb in geval XVII, d. w. z. het condom toch opvullen, dat alsdan gedeeltelijk in de eiholte, gedeeltelijk tusschen uteruswand en vliezen zich zal bevinden. Het uitgezette condom zal dan tegelij-

---

[1]) G. Leopold, Der Kaiserschnitt etc., 1888.

[2]) Diss. van Paniensky, Berlijn 1887, geciteerd bij den Houter, l. c.

[3]) Champetier de Ribes l. c. p. 20.

kertijd op zeer volledige wijze de opening in de vliezen tamponneeren.

Hetzelfde geldt voor de bloeding. Als deze optreedt bij de applicatie van de bougie van Krause dan kan men, wanneer de bloeding ietwat hevig is, niet anders doen dan de vliezen breken. Ik voeg dan aan het breken der vliezen nog toe de gecombineerde keering op een voet, zooals ik die verricht heb in geval VIII. Na dat geval ben ik tot de overtuiging gekomen dat met mijne methode dergelijke krachtige maatregelen ter bestrijding van de bloeding niet noodig waren, en dat het gevulde condom ook daar als een uitstekende tampon dienen kan.

Het XIIIe geval, zoowel als lichte bloedingen in enkele andere gevallen, hebben de juistheid van deze theoretische redeneering bewezen.

Eindelijk is de desinfectie van mijn apparaat, dat weinig kost en waarvan alle deelen slechts eenmaal dienst doen, gemakkelijk. Dat wordt door mijne waarnemingen met volkomen zekerheid bewezen. Slechts in het XXe geval zou twijfel aan de volkomen antisepsis geoorloofd zijn. Maar in dit geval schijnt het mij ten eerste niet zoo zeker dat de temperatuursverhooging afhankelijk geweest is van eene infectie van het genitaalkanaal. Op dit punt ben ik in twijfel geraakt door het volkomen normale kraambed en door het absoluut ontbreken van eenige latere temperatuursverhooging, hoewel ik na de baring geen enkele reiniging der genitalia interna heb laten verrichten.

Doch zelfs aangenomen dat er infectie heeft plaats gehad gedurende de baring, dan kan de oorzaak daarvan elders gezocht moeten worden dan in de aangewende methode. Immers in het begin van den nacht is de jodoformgaas-tampon uit de vagina gevallen en de patiente is toen gedurende den nacht op haar eigen bed blijven liggen zonder dat de dunne katheter, die in de genitalia voerde, eenige antiseptische bekleeding in de vagina had. Eindelijk is bij eene langdurige baring in de kliniek, waar veel en door verschillende personen onderzocht wordt, toch niet altijd met absolute zekerheid infectie te voorkomen.

Alles bijeen genomen, meen ik, dat het door mij aangegeven middel werkelijk voordeelen aanbiedt, zoowel boven de bougie van Krause, als boven den «dilatateur intra-utérin» van Tarnier, en dat het de fouten vermijdt van den ballon van Champetier de Ribes.

Ik hoop dat men het zal willen beproeven op grooter schaal dan ik dat doen kan. Dan zal kunnen blijken of mijne conclusie juist is of niet, of mijne methode werkelijk bruikbaar is, dan wel of zij alleen vermelding verdient als klinisch experiment.

22 Mei 1890.

OVER GRAVIDITAS EXTRA-UTERINA,

DOOR

Dr. C. H. STRATZ,

Officier van Gezondheid 2e Kl. O. I. L.

(Hierbij Plaat II—VI.)

De buitenbaarmoederlijke zwangerschap schijnt, wanneer men rekening houdt eensdeels met de moeilijkheid haar met zekerheid te diagnostiseeren, anderdeels hiermede, dat vele zoowel gunstig als ongunstig afgeloopen gevallen zelfs niet tot de kennis der geneesheeren komen kunnen, een lang niet zoo zeldzaam voorkomende toestand te zijn als tot nog toe aangenomen werd.

Verder mag wel als vaststaande aangenomen worden, dat de prognose van de aan zich zelf overgelaten gevallen bij uitstek ongunstig is. Immers, al mogen onder de oudere statistieken de eene meer, de andere minder betrouwbaar zijn, ook de gunstigste daarvan komen nog tot een buitengewoon hooge mortaliteit.

Daar evenwel eerst in den laatsten tijd aan deze punten de noodige aandacht is gewijd geworden, bezitten wij, zooals reeds Werth, Veit en ook Küstner hebben opgemerkt, nog geen zekere gegevens, zoomin over de frequentie als over de prognose van het lijden in het algemeen.

Allereerst moet nu in deze leemte voorzien worden, en daarom worden dan ook van alle kanten casuïstische bijdragen over dit onderwerp gegeven.

Vervolgens moet de vraag beantwoord worden óf de operatieve behandeling, die in den laatsten tijd met groot succes aangewend wordt, inderdaad en in alle gevallen de prognose verbetert.

Ook deze vraag kan slechts op grond van een groot aantal waarnemingen definitief beslecht worden.

Ik wil hier dan ook dadelijk doen opmerken, dat de volgende mededeeling weinig anders dan casuïstisch belang heeft, doch dat het mij toeschijnt, dat slechts langs dezen weg, vermeerdering der casuïstiek, de zaak rijp kan worden voor latere beslissing.

A priori sta ik op het standpunt dat wij met groote waarschijnlijkheid kunnen aannemen, dat aan de natuur overgelaten gevallen van graviditas extra-uterina meestal tot doodelijken afloop, of minstens tot ernstige stoornis der gezondheid voeren, dat wij de prognose door een behoorlijk antiseptisch verrichte ektopotomie [1]) nooit slechter zullen maken en dat

[1]) cf. Centralblatt für Gynaekologie 1889 No. 48.

wij dus gerechtigd, ja zelfs verplicht zijn, in elk geval van met aproximatieve zekerheid gediagnostiseerde extra-uterine graviditeit te opereeren.

In elk afzonderlijk geval zijn wij verder verplicht zoo onpartijdig mogelijk de kansen voor en tegen het succes der verrichte operatie na te gaan, tot eene grootere reeks van goed waargenomen gevallen het mogelijk zal maken, voor de verschillende stadiën van den genoemden toestand, op grond van anatomische waarnemingen, te bepalen welke therapeutische maatregelen moeten genomen worden.

Bij de moeilijkheid om in elk bijzonder geval de diagnose met zekerheid te maken, moeten echter — honni soit qui mal y pense — ook zoodanige gevallen gepubliceerd worden, waarin vooraf eene onjuiste of geen zekere diagnose gemaakt is. Slechts van openbaarheid ook in dit opzicht is voor de toekomst heil te verwachten.

In den loop van het jaar 1889 heb ik hier onder 27 laparotomieën er 8 gehad, waarin ik buitenbaarmoederlijke zwangerschap vermoedde; bij zes van deze gevallen meende ik met zekerheid de diagnose te kunnen maken en vond deze ook vijfmaal bevestigd. In het zesde geval daarentegen werd een pyosalpinx gevonden in plaats van den verwachten vruchtzak.

In de beide andere gevallen kon ik slechts de mogelijkheid eener extra-uterine graviditeit aannemen, doch vond ik in het eene geval eene sterk gehypertrophieerde salpingitis, in het andere eene aanzienlijke zwelling van tuba en ovarium, waarvan makroskopisch geen zekere diagnose mogelijk was. (Omtrent enkele hieraan waar te nemen mikroskopische bijzonderheden zal ik elders mededeelingen doen.)

In vier gevallen gelukte het door nauwkeurig, soms zelfs eerst door mikroskopisch onderzoek de vrucht te vinden, in het vijfde daarentegen moest ik mij met het aantoonen van eideelen tevreden stellen.

Alvorens tot eene bespreking daarvan over te gaan, geef ik in de eerste plaats de door mij gedane waarnemingen weer, met eene uitvoerige beschrijving van het resultaat van het anatomisch onderzoek. Daar ik deze gevallen van klinisch standpunt uit reeds besproken heb in het Geneeskundig Tijdschrift voor Nederlandsch-Indië [1]), recapituleer ik hier slechts datgene wat direct betrekking heeft op het doel van deze mededeeling.

Des te meer gewicht meen ik echter te mogen hechten aan de gevonden anatomische feiten.

De vijf gevallen, waarin ik de diagnose maakte en door operatie en anatomisch onderzoek bevestigd vond, zijn de volgende:

1. Graviditas extra-uterina mens. II.
   Intraligamentaire ovariaalzwangerschap. Niet gebarsten.
   Genezen.
2. Graviditas extra-uterina mens. III.
   Ovariaalzwangerschap in het stadium van regressie.
   Genezen.
3. Graviditas extra-uterina mens. IV.
   Tubo-ovariaalzwangerschap met vorming eener haematocele.
   Gestorven aan peritonitis.

---

[1]) Deel 29 en 30. Laparotomieën N°. 4, 5, 7, 17, 21.

4. Graviditas extra-uterina mens. II.
   Tubairzwangerschap, niet gebarsten.
   Genezen.
5. Graviditas extra-uterina mens. II.
   Tubairzwangerschap, gebarsten. Haematocele. Doorbraak in het rectum, peritonitis.
   Gestorven aan peritonitis.

Geval I.

Twee normale bevallingen, de laatste voor 10 jaar, sinds dien tijd altijd zeer regelmatig gemenstrueerd.

Sinds 6 maanden onregelmatige bloedingen na 6 weken pauze; voor drie maanden uitstooten van een roode vleeschige membraan onder weeachtige pijnen. Misselijkheid en braken.

Sinds dien tijd regelmatig bij den stoelgang terugkeerende pijnen. Pat. heeft het gevoel alsof zij op een kogel zat. Geen koorts.

Status. Uterus week, vergroot, in anteflexie. Vagina blauwrood. Naast den uterus een gespannen fluctueerend gezwel naar links achter gaande. In het cavum Douglasii zijn in het gezwel duidelijk kleine ballotteerende deelen te voelen. Linker tuba loopt over het gezwel heen. Rechter adnexa normaal, duidelijk palpabel.

30 April 1889. *Ektopotomie.*

Rechter adnexa normaal, uterus week, donkerblauwrood met sterke vaten.

Het gezwel heeft het linker breede band sterk uitgezet, gaat diep in het cavum Douglasii, ligt dicht tegen de linkerzijde van den uterus aan.

Geen steelvorming.

Na onderbinding en doorsnijden van tuba, ligamentum rotundum, art. spermatica en bovenrand van het breede band wordt de tumor in zijn onderste derde gedeelte met een elastieken ligatuur afgebonden, daar het in het cavum Douglasii liggende gedeelte overal innig met den uterus verbonden is. Bij het afsnijden van het gezwel komen oude zoowel als versche bloed-coagula er uit voor den dag.

De stomp wordt met chloorzink gedesinfecteerd, met doorloopende catgut-hechting gesloten en in de buikholte achtergelaten.

Genezing met lichte ettering uit de steekkanalen.

Na 6 weken is nog een harde tumor van nootgrootte links naast den uterus te voelen.

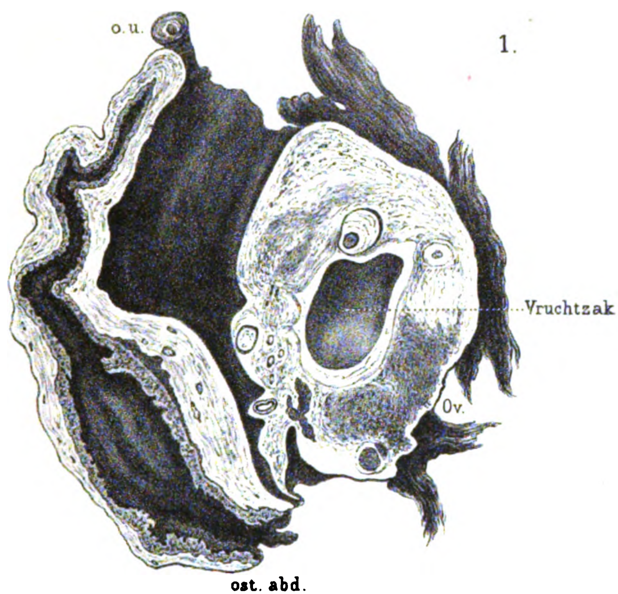
Na 6 maanden volkomen normale toestand, geen gezwel naast de baarmoeder.

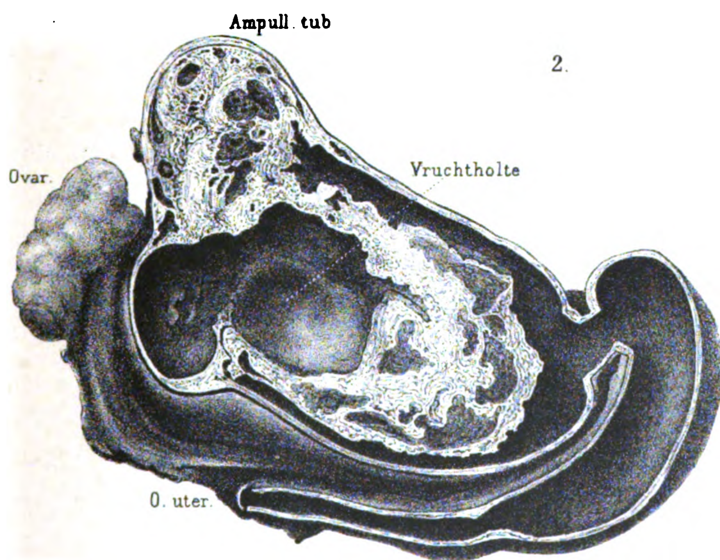
Anatomisch onderzoek (Pl. II fig. 1).

De sterk verdikte en vergroote *tuba*, in alkohol gehard, vertoont op doorsnede sterke hypertrophie der muscularis zoowel als der mucosa, het lumen is abnorm wijd, de slijmvliesplooien vlak.

Naar den uterus toe, 1 cM. achter de sneevlakte, bestaat eene op ontsteking berustende, *door bindweefsel veroorzaakte obliteratie van het lumen*, die zelfs met de haar-sonde niet te passeeren is.

De zeer verdikte *fimbria ovarii* is met het ovarium vergroeid; overi-





C. H. Stratz ad nat. del

Steendr v P W M Trap.

A J Wendel lith

gens vertoont het ostium abdominale van den eileider, behalve sterke, van ontsteking afhankelijke verdikking, niets abnormaals.

Het *ovarium*, slechts door de fimbria met de tuba in samenhang, omgeven door fibrineuse vellen en strengen, is sterk vergroot en vertoont in het binnenste eene holte, die bekleed is met eene gladde vrij gemakkelijk los te maken membraan. Naar achter zijn aan deze membraan op chorion gelijkende woekeringen en de rest van een navelstreng waar te nemen.

In de teekening, die de doorsnede weergeeft, is slechts de bovenste helft van het verwijderde stuk met de bovenste pool van den eizak te zien, welke rondom door ovariaalweefsel omgeven wordt.

Mikroskopisch onderzoek.

Tuba. Hypertrophie en kleincellige infiltratie der mucosa, epithelium gezwollen, naar de geoblitereerde plaats toe atrophisch, plat, gedeeltelijk ontbrekend.

Muscularis sterk verdikt, gehypertrophieerd, doortrokken van spoelvormige geinfiltreerde strooken, die aan de grens der mucosa epitheliumeilandjes afgesnoerd hebben.

Kortom het bekende beeld eener *acute salpingitis*.

Ovarium. De buitenste lagen van het ovarium hebben de normale structuur bewaard en vertoonen eene goed ontwikkelde, door inflammatoire, kleincellig geinfiltreerde pseudomembranen bedekte tunica albuginea en daaronder een duidelijke randlaag met follikels in verschillenden graad van ontwikkeling. Daarentegen vertoont het gedeelte dat den eizak omgeeft zeer merkwaardige veranderingen, die tevens het bewijs leveren, dat voor de vorming van den eizak, of ten minste van dat gedeelte van den eizak, in hoofdzaak de elementen geleverd zijn door het ovariaalstroma.

Allereerst ziet men hoe de bindweefselbundels van het stroma ontward worden en meer concentrisch rond de eiholte liggen. In deze gedeelten bevinden zich verder kleinere, ronde of gelobde lichaampjes met hyalinen glans; gedeeltelijk doen daarbij symmetrisch geplaatste epithelium-resten in de peripherie nog hun oorsprong uit een primairfollikel erkennen. De onregelmatige lang uitgerekte of gelobde hyaline massa's daarentegen vertoonen geen epithelium, maar sterkere vasculariseering in de rand-zone.

Deze komen dus overeen met oudere, uitgerekte corpora lutea, zooals die door Patenko afgebeeld zijn en analoog aan dergelijke lichaampjes, die men in de rest van het ovariaalweefsel bij cystoom-degeneratie aantreft.

Meer naar binnen zwellen de bindweefselbundels op, de kernen staan verder uit elkaar en worden grooter, de vaten hebben grootere lumina en dunnere wanden. Door deze losser geworden bindweefselbundels heen trekken enkele lange en dikke cellagen met hyaline karakter, en op verschillende plaatsen zijn overgangen van het bindweefsel in deze meer hyaline massa waar te nemen.

Daarop volgt eene laag van grootere cellen met ontwijfelbaar deciduaal karakter, en eindelijk nog een laag van placentairresten, die zich slechts door grooteren omvang en door hun vorm onderscheiden van de bovenbeschreven kleinere hyaline streepen.

Bacteriologisch onderzoek.

De gedurende de operatie gemaakte kulturen met inhoud van de buikholte en van den tumor bleven steriel. (Tweemaal drie steek-kulturen en evenveel streep-kulturen.)

Evenmin waren bij het mikroskopisch onderzoek in de met aniline gekleurde praeparaten bacteriën aan te toonen.

Geval II.

Steeds regelmatig gemenstrueerd. Twee normale baringen; laatste in Januari 1888. Zoogde zelf, menstrueerde na den partus eens in Juli, daarop bleven de menses weg tot begin November. In dien tijd vertoonden zich ook subjectieve zwangerschapsverschijnselen, misselijkheid, etc.

Begin November wordt een leerachtig, rood vel «als een karbouwhuid», benevens eenige bloed-coagula uitgedreven. Daarop ontlastte zich eenig sereus, met bloed gemengd, vocht.

De echtgenoot, zelf medicus, onderzocht nauwkeurig al het uitgedrevene, doch vond geen vrucht.

Symptomen van inwendige bloeding (collaps, anaemie en weeachtige pijnen in den onderbuik) en geringe bloedingen uit de genitalia duren voort tot Januari.

Februari, Maart en April telkens eene uitwendige bloeding op ongeregelden tijd. Koorts.

Status. Zeer hoogen graad van anaemie en zwakte. Uterus week, vergroot, in anteflexie. Naast den uterus eene diffuse, weeke zwelling, die zich naar links langs het lig. latum en naar achter uitstrekt. Tuba aan die zijde verdikt. In het cavum Douglasii is naar links een gedeelte van het gezwel diffuus te voelen. Rechter adnexa klinisch normaal, duidelijk te voelen.

16 Mei 1889. *Ektopotomie.*

Rechts uterus-aanhangsels normaal.

Uterus donkerblauwrood, week, slap, bewegelijk.

Linker tuba donkerblauwrood als de uterus, verdikt, loopt over het deegachtige, diffuus uitgezette, eveneens cyanotisch verkleurde breede band heen. Onder de tuba is een roode, bloemkoolachtige uitwas zichtbaar, die bij nader bekijken blijkt te zijn een groot bloed-coagulum, dat op het vergroote ovarium zittend, vrij in de buikholte uitsteekt.

Bloedvaten, vooral de spermatica, kolossaal ontwikkeld.

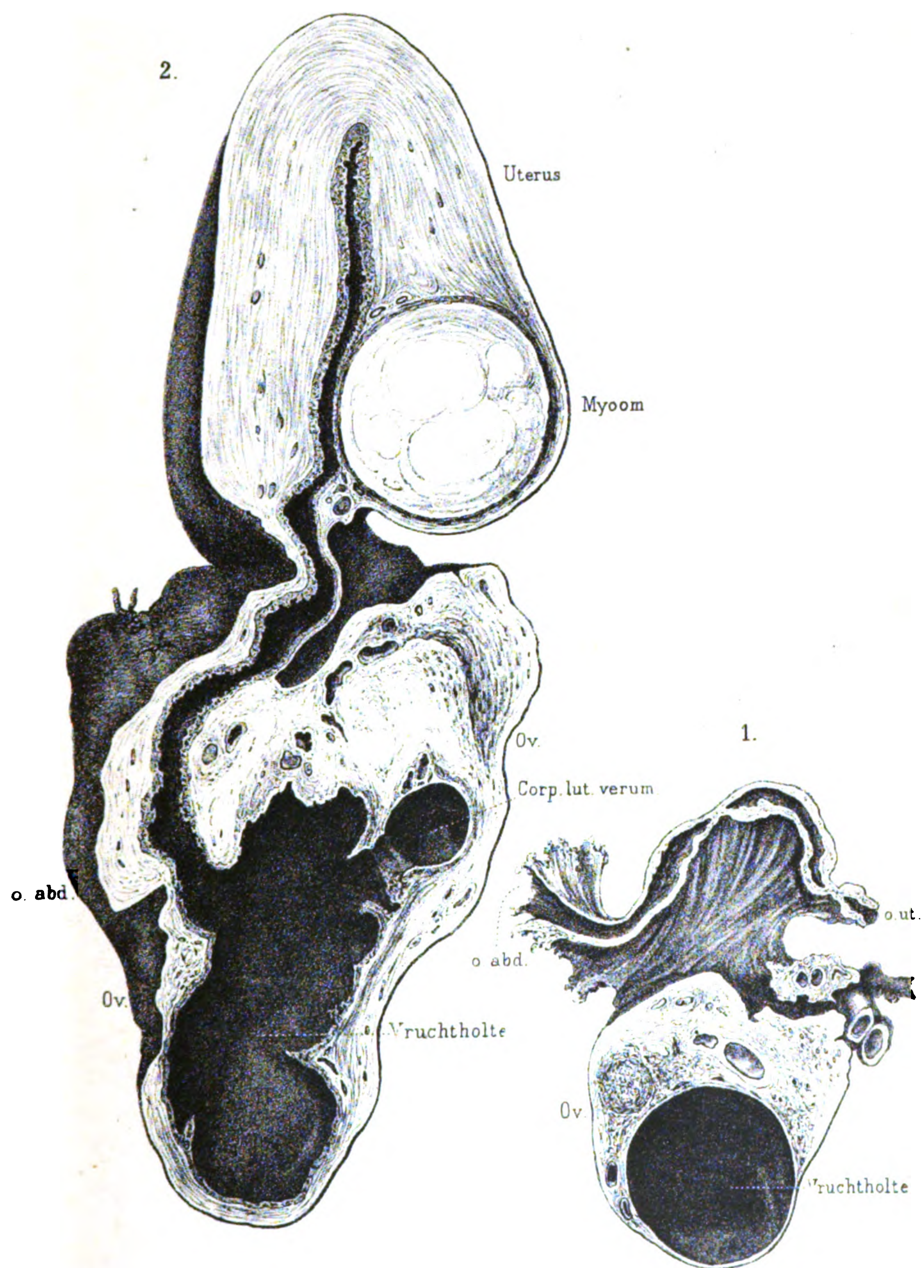
Na onderbinding en doorsnijding van tuba, ligamentum rotundum en latum in 5 gedeelten en van de vasa spermatica wordt de tumor verwijderd en op de sneevlakte de sterke vaat-lumina afzonderlijk dichtgebonden. De diffuse tumor in het cavum Douglasii, bedekt door het uitpuilende peritoneaalbekleedsel, blijft zitten.

Genezing zonder stoornis.

Na twee maanden is bij gecombineerd onderzoek de vroegere bestaande parametritische zwelling niet meer te constateeren. Pat. ziet er bloeiend uit.

Anatomisch onderzoek (Pl. III fig. 1).

De *tuba*, in alkohol gehard, vertoont geen sterke vermeerdering van volumen, slijmvlies niet duidelijk van de muscularis te scheiden. In haar



C H Stratz ad nat del

Steendr v. P W M Trap.

A J Wendel lith

verloop zijn twee plaatsen vernauwd en door bindweefselvorming gesloten. Noch daartusschen, noch ergens anders, zijn in den wand zichtbare verscheuringen van den samenhang. Fimbria ovarii vrij.

Ovarium geheel vrij, dicht bij den hilus twee kolossale vaatstammen. Na verwijdering der bloed-coagula, waaronder nog geen foetus gevonden werd, vertoont zich de schijnbaar normale, met talrijke follikels en resten van corpora lutea bezaaide ovariaalsubstantie halvemaansgewijs gelegen om een holte met gladde wanden, die zelfs aan het alkohol-praeparaat grooter dan een noot is en naar de buikholte toe geopend is.

Mikroskopisch onderzoek.

Tuba. Niets abnormaals; mucosa niet sterk ontwikkeld, op de geoblitereerde plaatsen sterk bindweefselachtige habitus, ook geen spier-elementen in den wand.

Ovarium. Voor de objectieve beoordeeling kwam hierbij eene toevallige omstandigheid mij zeer te stade. Ik had het praeparaat klaargemaakt op kleuren en insluiten na en verzocht aan Dr. van Eecke het met eenige van zijn eigen praeparaten verder te willen behandelen, daar ik op dat oogenblik geen tijd had. Deze, zoowel als Dr. Eykman, die beiden den oorsprong van het praeparaat niet kenden, stelde de diagnose op een myxoom, wat van Eecke mij met een bedenkelijk gezicht meedeelde. Bij nader gemeenschappelijk onderzoek vonden wij nu het volgende: Van de binnenvlakte der holte beginnende vindt men eerst eene bindweefselmembraan, die op sommige plaatsen met meerlagig epithelium van het karakter van kiem-epithelium bekleed is; in deze membraan bevinden zich op sommige plaatsen talrijke, dunwandige vaat-lumina, groepsgewijze bijeengevoegd, die zich van daar uit vertakken in stukken die lobvormig zijn. Deze, rijk van vaten voorziene lobben, plaatsen zich concentrisch dicht om de binnenste membraan, slechts hier en daar door dunne fibrine-stremsels gescheiden en strekken zich tamelijk gelijkmatig in het omgevende ovariaalweefsel uit. Als eilanden zijn in dit weefsel enkele grootere follikels en haarden van stroma met primairfollikels blijven staan, die zich door sterke bindweefselstrooken van het overige afscheiden.

Deze zoo gewoekerde lobben vertoonen makroskopisch een zuiver *myxomateusen bouw.*

Dat het zoogen. luteine-cellen zouden zijn, daartegen spreekt het ontbreken van alle pigmenteering, de zwak uitgesproken cel-membraan-grenzen, de meer heldere dan korrelige aard van den cel-inhoud en de zeer scherpe begrenzing van de lichaampjes, ten opzichte van het normale stroma. Het geheel vindt de meest voor de hand liggende verklaring hierin, dat men aanneemt met *myxomateus gedegenereerde chorion-vlokken* te doen te hebben.

Dat het geene beginnende myxomateuse ontaarding is, bewijst de scherpe grens tusschen de myxomateuse gedeelten en het gezonde weefsel. Wanneer men zou willen aannemen dat het slechts eene circumscripte myxomateuse degeneratie van een gesprongen follikel of van een corpus luteum is, zoo merk ik daartegen op, dat eene dergelijke toestand tot nog toe nooit is waargenomen, en dat het naar de huidige ervaring wel is waar denkbaar is dat circumscripte myxomateuse degeneratie van een follikel of corpus luteum

voeren kan tot cysten-vorming, doch niet tot bloedingen en evenmin tot een voortwoekeren in het omgevende weefsel.

Van de chorion-vlokken is het daarentegen bekend, ten eerste dat zij een op myxoom gelijkenden bouw bezitten, en vervolgens ook dat zij groote neiging tot volkomen myxomateuse degeneratie hebben.

Bouw en plaatsing der gevonden myxomateuse gedeelten geven verder grond aan mijne opvatting, die buitendien nog door het klinisch beloop van het geval gesteund wordt. Slechts daarom spreek ik mijne opvatting hier met een zeker voorbehoud uit, omdat ik mij niet op gelijksoortige waarnemingen van andere schrijvers kan beroepen.

Bacteriologisch onderzoek.

Verschillende kulturen van den buikinhoud, tijdens de operatie aangelegd, bleven steriel.

Het met aniline gekleurde praeparaat vertoonde geen bacteriën.

Geval III.

Steeds regelmatig gemenstrueerd. Laatste baring voor eenige jaren, normaal, doch met koorts in het kraambed. Laatste menses in Januari. In Februari geen menstruatie. Sinds midden Maart tot nu onregelmatige, soms tamelijk sterke bloedingen, trekkende pijnen in buik en sacraalstreek, hevige pijn bij defaecatie. Neiging tot braken, koorts, vermagering.

16 Mei wordt onder koliekachtige pijnen eene leerharde membraan uitgedreven, benevens versche en oude bloed-coagula.

Status 25 *Mei.* Zeer hooge graad van anaemie en uitputting. Temperatuur 38,°5.

Uterus week, op enkele plaatsen harder, van grootte als een uterus in de tweede zwangerschapsmaand; in anteflectie, geëleveerd, tegen de symphysis aangedrukt.

In het cavum Douglasii een gespannen fluctueerend gezwel, dat zich naar rechts en naar boven voortzet, tot aan den navel reikt en waarvan de bovengrens niet duidelijk te bepalen is; weinig bewegelijk. In den tumor zijn hardere kleine deelen te voelen.

Linker adnexa verdikt en pijnlijk. Vaginaalwand donkerblauwrood, losser geworden.

27 Mei 1889. *Ektopotomie.*

Uterus onregelmatig vergroot. In den linker hoorn bevindt zich een intramuraal duiveneigroot myoom.

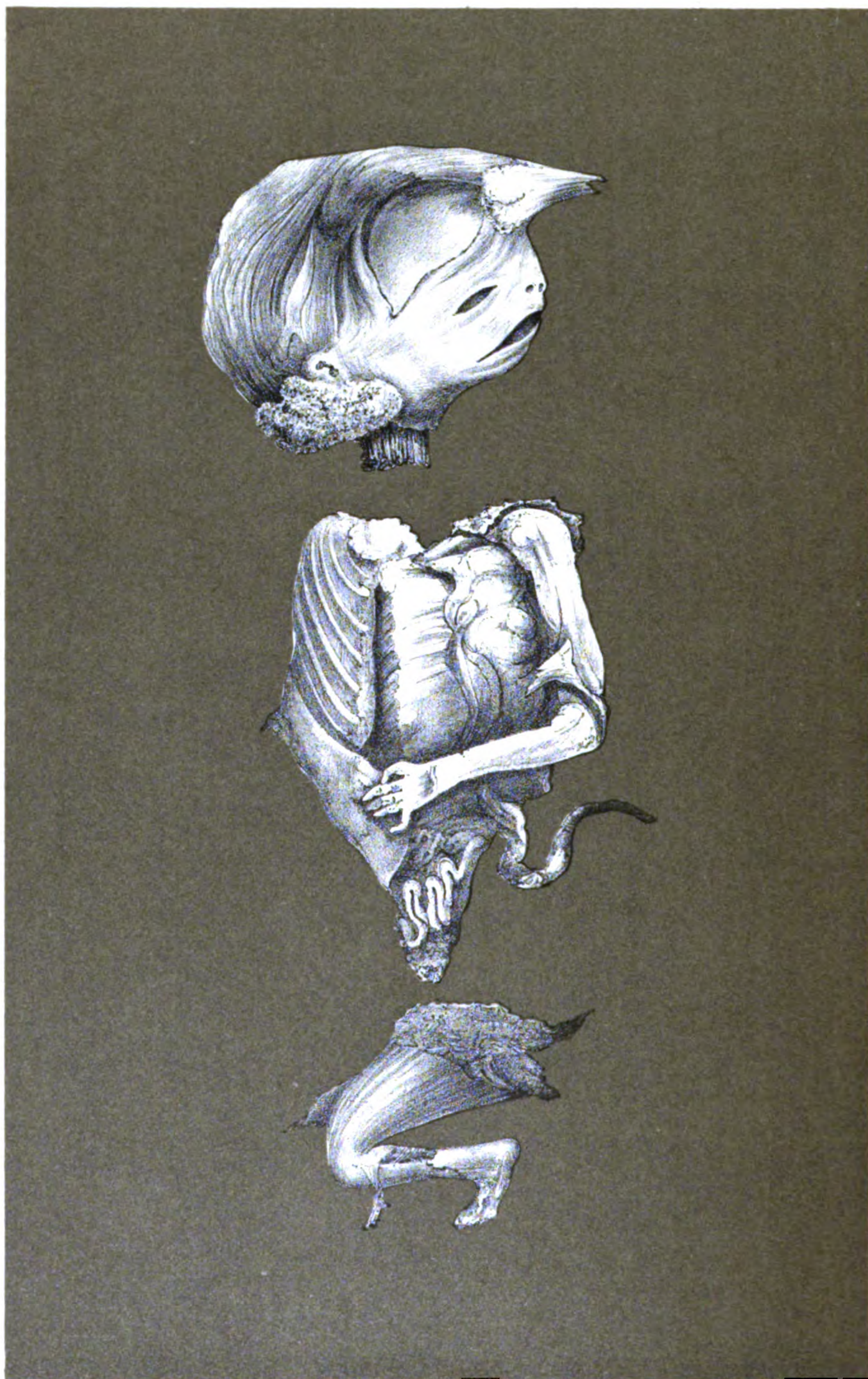
Achter den uterus ligt de blauwroode tumor op verschillende plaatsen met net en dunne darmen vergroeid. De tuba gaat van ter zijde op den tumor over en verdwijnt er in.

Linker adnexa verdikt, diep in het kleine bekken. Ovarium te voelen, niet vergroot.

Tuba en ligamentum rotundum van de rechterzijde onderbonden, adhaesies met net en dunnen darm losgemaakt, de vruchtzak wordt breed geopend en daaruit verwijderd de placenta, de vrucht die door pseudoadhaesies gefixeerd is, en oude en nieuwe bloed-coagula.

De vrucht komt in drie stukken naar buiten.

Onderbinding der spermatica, resectie van den vruchtzak, de stomp



C. H. Stratz ad nat del Steendr v. P. W. M. Trap. A. J. Wendel lith.

die met rectum, bekkenwand en uterus samenhangt, wordt met eene doorloopende catgut-hechting toegenaaid.

Dood op den 3den dag, onder verschijnselen van septische peritonitis.

Sectie 30 Mei.

Darmlissen geïnjicieerd, onder elkaar en met de omgeving verkleefd, op verschillende plaatsen blauwzwart verkleurd.

De sterkste veranderingen bestaan in de linker bekkenhelft, waar de darmlissen tot een klomp met smerig etterig beslag zijn samengebakken. Het net is tusschen de darmlissen in eveneens naar links verplaatst en zwart verkleurd. Dikke darm en uterus over een breede ontstoken vlakte vergroeid. *Stomp vrij*, ligt goed aaneen, geen bloed in de buikholte.

In het *linker parametrium* is een breede scheur, waardoor men met den vinger in eene met een witte membraan bekleede holte komt. Boven deze scheur bevinden zich de boven beschreven samengebakken darmlissen.

Anatomisch onderzoek (Pl. III fig. 2).

In den uterus bevinden zich twee goed omschreven intramurale myomen. Het eene, ruim duiveneigroot, zit in den linker hoorn, boven en vóór den overgang in de linker tuba. Het andere, iets kleinere, is meer naar rechts zoodanig geplaatst, dat het de communicatie tusschen uterus en tuba vernauwt. De in de figuur gegeven teekening vertoont een door het praeparaat gelegde snede, die den toestand duidelijk weergeeft. Denkt men zich het geheel van boven gezien en het myoom in den voorwand liggend, dan kan men zich gemakkelijk orienteeren. De linker tuba, onder de sneevlakte ontspringend, is in de teekening weggelaten.

Rechts treft de snede het vlak, waarin de inmonding van de tuba in de uterus-holte gelegen is; juist op deze plaats ligt het myoom dicht tegen het slijmvlies aan. (Om der duidelijkheidswille is, om het lumen zichtbaar te maken, de achterwand van den uterus eenigszins teruggetrokken.)

Van hieruit loopt nu de *tuba*, geslingerd, met afwisselend lumen en hypertrophie van muscularis en mucosa, zonder obliteratie naar den vruchtzak toe. Het abdominale einde is van achter sterk verdikt en vast vergroeid met een klein gedeelte van het ovarium, zooals eerst door mikroskopisch onderzoek kon worden uitgemaakt.

Naar voren, dus in de teekening naar rechts, ligt eveneens de tuba zoo dicht tegen het overige grootere gedeelte van het ovarium aan, dat makroskopisch alleen het slijmvlies der tuba duidelijk te onderscheiden is, daarentegen muscularis en serosa een deel van het ovarium schijnen uit te maken.

Het *ovarium*, in de teekening door lichtere kleur zich onderscheidende van den verderen vruchtzak, vertoont op de doorsnede groote vaatopeningen, eenige grootere en kleinere follikels en corpora lutea. Aan den rechter onderrand, ter plaatse waar het ovarium in het verdere deel van den vruchtzak overgaat, is een groote gesprongen follikel aanwezig, wàarvan de holte na verwijdering der bloed-coagula op zijde zichtbaar geworden is.

De *vruchtzak* wordt ten eerste gevormd door de in hem overgaande fimbrieën en de ampulla van den eileider en door het sterk uitgerekte en gedisloceerde ovarium. Van onder sluit zich daaraan het sterk verdikte

breede band, dat zich tegelijk van rechts uit naar boven over het ovarium voortzet en daarvan alleen door groote vaatruimten gescheiden is.

Achter de tuba ziet men onder de sneevlakte de einden der catgutdraden, die den bij de operatie geopenden vruchtzak op de plaats der placenta gesloten hebben.

De vrucht, bij de operatie in gedeelten verwijderd (Pl. V) vertoont talrijke amniotische strengen, pseudo-adhaesies, maceratie-verschijnselen, etc.

Dr. Baumgarten uit Solo heeft verzocht haar nader te mogen onderzoeken, speciaal om na te gaan in hoever zij vettig gedegenereerd is en zal, naar ik hoop, daarover weldra nadere mededeelingen kunnen doen.

Mikroskopisch onderzoek.

Het mikroskopisch onderzoek bepaalde zich in dit geval in hoofdzaak er toe de grens van tuba en ovarium te zoeken en het onderste gedeelte van den vruchtzak te onderzoeken.

De aanhechtingsplaats der placenta was door de operatie en door de daarbij onvermijdelijke dislocatie niet meer voor een nauwkeurig onderzoek geschikt, en de talrijke adhaesies met darm- en bekkenwand maakten zelfs nauwkeurige orienteering door mikroskopisch onderzoek onmogelijk.

De *tuba*, waarvan de wanden ongelijkmatig verdikt en van veel spierbundels en bloedvaten voorzien zijn, loopt tot dicht aan het ovarium toe.

Gedeeltelijk zijn de fimbrieën zoodanig met het bekleedsel van het ovarium verkleefd, dat peritoneaalvlakte tegen peritoneaalvlakte ligt.

Het *ovarium* is zeer hypertrophisch, vertoont corpora lutea en follikels in alle stadia. In het naar achter onder de verdikte fimbrieën liggende gedeelte zijn ook eenige primaire follikels zichtbaar.

Het *onderste deel van den vruchtzak* vertoont sterke bindweefselbundels, weinig spier-elementen en sterke vaatvorming.

Op grond der mikroskopische contrôle mag derhalve aangenomen worden dat men hier oorspronkelijk te doen gehad heeft met een *tubo-ovariaalzwangerschap*, die zich vervolgens intraligamentair verder ontwikkeld heeft.

Bacteriologisch onderzoek.

Operatie. Alle kulturen, zoowel uit de buikholte als uit de eiholte en de verwijderde placenta, blijven steriel.

Sectie. Drie steek-kulturen uit de buikholte leveren: streptococcus pyogenes aureus, staphylococcus pyogenes flavus, staphylococcus pyogenes albus in talrijke kolonies. Het mikroskopische praeparaat van de abscesmembranen vertoonde dezelfde coccus-vormen.

Geval IV.

Steeds regelmatig gemenstrueerd, 5 normale baringen. Voor een jaar abortus, daarna weer regelmatige menses. Pauze van 6 weken, daarna bloedingen, die nu eens meer dan eens minder heftig, nu sinds 3 maånden bestaan. Trekkende pijnen in den onderbuik. Geen koorts.

Afstooten van eene decidua is niet waargenomen.

Status 3 October 1889. Matige anaemie; geen koorts. Uterus week, vergroot, in anteflexie; rechter adnexa normaal.

Links is naast den uterus te voelen een ruim ganzeneigroote, weeke, bewegelijke tumor, waaraan zich naar achter beneden een kleiner harder aanhangsel bevindt.

4 October 1889 *Ektopotomie.*

De goed gesteelde tumor wordt, na onderbinding van tuba en spermatica en dubbele ligatuur en masse van het breede band zonder veel moeite verwijderd.

Genezing zonder reactie, den achtsten dag p. o. genezing per primam intentionem; pat. staat op en wordt den 12den dag ontslagen.

Eind December geen klachten, volkomen gezondheid. Uterus normaal vergroot, vrij bewegelijk.

Anatomisch onderzoek (Pl. II fig. 2).

De *tuba*, in Müller's vloeistof gehard, vormt een knodsvormige, met bloed-coagula gevulde figuur. Het slijmvlies ligt weinig geplooid tegen den wand aan. In het midden buigt zich de tuba sterk om haar as en verwijdt zich tot een zak, die naar de buikholte toe door de saamgegroeide fimbrieën geheel is afgesloten. De ampulle bevat den aanleg van eene duidelijke placenta-vorming met aanzienlijke vaatvorming aan den vrijen rand van den tubairzak.

In het midden is, ingesloten door van fibrine en bloed-coagula doortrokken weefsel, eene eiholte te zien. In deze met een dunnen gladden wand bekleede holte, liggen los twee kleinere lichaampjes.

Duidelijkheidshalve zijn eenige verdere bloed-coagula uit de eiholte verwijderd.

Het *ovarium* is geheel van den vruchtzak gescheiden en bevat *geen corpus luteum verum.*

Mikroskopisch onderzoek.

De wand der *tuba* is daar, waar in de ampulla de placentairplaats zich bevindt, zeer geätrophieerd, zoodat de vlokken der placenta als het ware tusschen het bindweefsel ingegroeid schijnen en de bundels uit elkaar gedrongen hebben. Spier-elementen zijn op deze plaats niet aan te toonen.

Van de kleine in de eiholte liggende lichaampjes blijkt het eene, meer naar buiten liggende, reeds bij loupe-vergrooting de *foetus*, het andere een bloed-coagulum te zijn.

Geval V.

Steeds regelmatig gemenstrueerd, sinds 3 jaren gehuwd, nog niet gravida geweest. Na menopauze van twee maanden, waarbij ook subjectieve zwangerschapsverschijnselen optraden, plotseling hevige pijn, alle verschijnselen van acute peritonitis; daarbij slechts geringe, licht bloederig sereuse afscheiding uit de vagina.

Vier weken lang hooge koorts, pijn, bloeding uit het rectum, groote zwakte en vermagering.

25 Nov. *Status.* Uiterste graad van marasmus. Temperatuur 40°.

Abdomen bij oppervlakkige aanraking uitermate gevoelig. Uterus week, weinig vergroot, in anteflexie, door exsudaatmassa omgeven; boven en achter den uterus iets meer naar links een fluctueerende, weeke tumor.

26 November 1889 *Ektopotomie.*

Darmlissen overal vast met de bekken-organen verkleefd, zoodat het nauwelijks mogelijk is zich te orienteeren. Het linker ovarium in de diepte zijdelings van den bekkenwand te voelen, daarover heen is het s. romanum met het gezwel vergroeid.

Alle darmlissen zijn blauwrood geïnjicieerd en vertoonen tal van puntvormige haemorrhagieën. Nadat een darmlis stomp losgemaakt is, wordt het voorste gedeelte van den vruchtzak met de peritoneaalbekleeding van de buikwonde door hechtingen vereenigd en daarna de zak ingesneden. Verwijdering van de placenta en tal van oude en versche bloed-coagula de vruchtzak reikt diep in het cavum Douglasii, wordt met jodoformgaas getamponneerd.

Exitus op den avond van den tweeden dag, onder verschijnselen van *peritonitis en hartzwakte.*

Sectie niet veroorloofd, daarom worden alleen in usum delphini de genitaliën verwijderd.

Anatomisch onderzoek (Pl. IV).

Het praeparaat, ingesloten in groote parametritische exsudaatmassa's, was slechts met groote moeite in zijn ware beteekenis te herkennen.

De teekening vertoont vooreerst naar links, naast de onder het niveau liggende linker tuba-mond, den uterus, aangesneden ter hoogte van de inmonding der rechter tuba.

Aan den rechter voorkant bevindt zich het ligamentum rotundum, aan de achterzijde is de uterus bedekt door perimetritische massa's.

De rechter tuba kan 3½ cM. ver gesondeerd worden; dan is zij geobliteereerd en in een kluwen van exsudaatmassa's samengebakken, in welks doorsnede op verschillende plaatsen het tubairlumen met matig verdikt slijmvlies zichtbaar is.

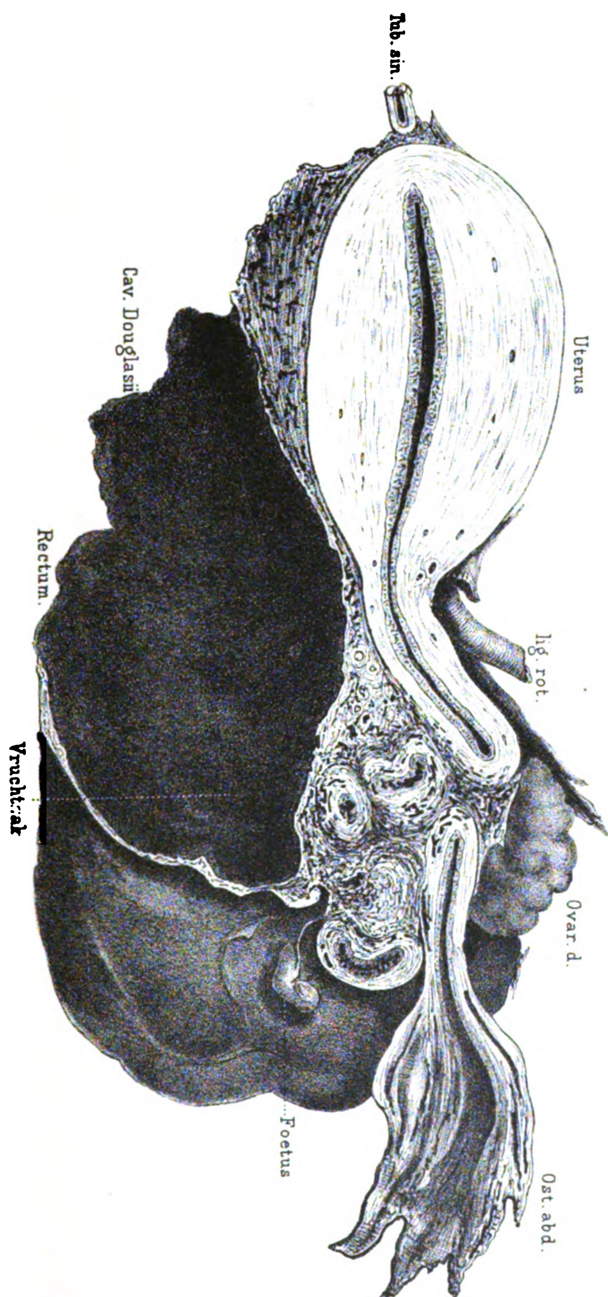
Naar buiten komt uit dit kluwen het open abdominaaleinde der tuba met sterk vervette fimbriën voor den dag. Ook van deze zijde is het kanaal slechts tot zekere grens te vervolgen, waar het met een geobliteereerde plaats in het kluwen verdwijnt.

Boven deze massa, meer naar voren, komt het weinig vergroote, van bolvormige verhevenheden voorziene *ovarium* voor den dag, dat een *corpus luteum verum* bevat.

Tegen de achterzijde van het beschreven middengedeelte der tuba bevindt zich de *vruchtzak.* Deze is geheel door pseudomembranen gevormd en communiceert achter onder met het rectum, ter plaatse waar bij de operatie de placenta verwijderd is.

Naar rechts en voor van den vruchtzak en zijdelings tot aan den bekkenwand is een zeer groot *exsudaat*, dat op doorsnede van weeke, vleeschige consistentie is en een lamellairen bouw vertoont, alsof het in verschillende gedeelten langzaam ontstaan was.

Eindelijk moet nog gezegd worden dat ter rechterzijde, op de plaats waar het tubairconglomeraat grenst aan den vruchtzak, zich een lichaampje van langwerpig ronden vorm bevindt, dat met twee kleine strengetjes vastzittend, vrij in de buikholte uitsteekt; bij loupe-vergrooting wordt dit herkend als de *foetus.*



C. H. Stratz ad nat del. Steendr. v. P W M Trap. A J Wendel lith.

Mikroskopisch onderzoek.

Mikroskopisch werd alleen een gedeelte van het conglomeraat, dat het *middenstuk der tuba* bevatte, onderzocht, en wel overeenkomstig de plaats waar de foetus vastzat.

Daar werd gevonden los bindweefsel met enorme kleincellige infiltratie, fibrine-vezels, waartusschen overblijfsels van het slijmvlies der tuba, wier wanden zonder scherpe grens in het ontstoken weefsel overgingen.

Bacteriologisch onderzoek.

Entingen van den inhoud der buikholte, bij de *operatie*, leverden talrijke kulturen van de meest verschillende bakteriën, pathogene en niet pathogene, door elkaar.

Post mortem konden, daar de genitalia in stilte verwijderd moesten worden, geen verdere entingen gedaan worden.

De drie gevallen, waarin de diagnose niet bevestigd werd, zijn de volgende.

Geval VI [1]).

Herhaalde normale baringen. Menstruatie steeds regelmatig, sinds eenige maanden gestoord; bloeding te sterk en te veelvuldig.

Sinds 14 dagen pijn in den buik, koorts, bloedingen, daarbij snelle groei van een gezwel dat zich in den buik naast den uterus bevond. De mogelijkheid dat pogingen tot het opwekken van abortus geschied waren was niet uit te sluiten.

Status 4 Juni. Uterus week, vergroot; rechter adnexa normaal, links naast den uterus een manshoofdsgroote, fluctueerende, pijnlijke tumor, die tegen de zijvlakte van den uterus aanligt.

Laparotomie 1 Juni. Bij het losmaken van het gezwel, nadat reeds het uterine einde der tuba en het ligamentum rotundum aangesneden waren, en juist op het oogenblik dat, voor het doorsnijden der dubbel onderbonden spermatica, de tumor iets naar voren getrokken wordt, barst deze en ontlast zijn etterigen inhoud in de buikholte.

De 4den dag dood aan septische peritonitis.

De tumor blijkt eene *pyosalpinx* te zijn. Sterke hypertrophie van den wand; van vrucht- of vruchtzak-elementen niets te vinden.

Sectie niet toegestaan.

Geval VII [2]).

Eene normale baring, altijd onregelmatig gemenstrueerd, sinds twee maanden hevige bloedingen nadat vooraf eene pauze van 6 weken is geweest.

Pijn, misselijkheid, koorts, lichte peritonitische verschijnselen.

Verlies van eene membraan, die evenwel niet met zekerheid als decidua aangesproken kan worden.

Status 24 November. Uterus week, vergroot, linker adnexa verdikt, weinig gevoelig; rechts naar den uterus, iets naar achter een weeke, pijnlijke tumor ter grootte van een klein kinderhoofd.

---

[1]) Ned. Ind. Tijdschr. voor Geneeskunde XXIX. Laparotomieën 9.

[2]) l. c. XXX. Laparotomieën 22.

Vagina donker blauwrood.

25 November *Laparotomie. Dubbelzijdige acute salpingitis.*

Uterus week, van consistentie als uterus puerperalis.

Genezing zonder stoornis. Geen bloedingen meer.

Geval VIII [1]).

Altijd zeer regelmatig gemenstrueerd, sinds 2 jaren gehuwd, 0 para.

Nu sinds 2 maanden geen menses. Pijn links.

Status 16 December. Uterus in normale anteflexie, niet vergroot; daarnaast aan de linkerzijde een spoelvormige, appelgroote, goed bewegelijke tumor van weeke consistentie.

17 December *Laparotomie.* Rechter adnexa normaal, linker tuba blauwrood, verdikt, vertoont talrijke haemorrhagiën; ovarium sterk vergroot met slappe fluctuatie.

Genezing zonder stoornis.

Mikroskopisch noch ei- noch vrucht-deelen te constateeren.

Laat ons nu in het kort nagaan in hoeverre de medegedeelde gevallen aanleiding geven tot verdere gevolgtrekkingen omtrent de *actiologie*, de *diagnose*, de *prognose* en de eventueel te bepalen *therapie* der extra-uterine zwangerschap.

Wat de *aetiologie* aangaat, kan men niet te voorzichtig zijn in de verklaring van den gevonden toestand.

In geval I bestond obliteratie der betrokken tuba en sterke salpingitis in den hypertrophischen vorm.

Wanneer men met Küstner aanneemt dat een tuba-catarrh voldoende is om de gebrekkige voortbeweging van het ei en daaruit voortspruitende extra-uterine graviditeit te verklaren, dan kan hier dit aetiologische moment in rekening gebracht worden.

Of echter de obliteratie reeds vóór de bevruchting bestaan heeft, dan wel eerst later is opgetreden, kan men, gegeven de bekende snelheid waarmede de tubae door ontstekingachtige processen veranderd worden, niet met zekerheid bepalen.

Ik kan derhalve slechts zeggen, dat voor dit geval het aetiologisch moment waarschijnlijk gezocht moet worden in *salpingitis met consecutive obliteratie van het lumen.*

Hetzelfde geldt van geval II, waarin zelfs eene dubbele obliteratie bestond.

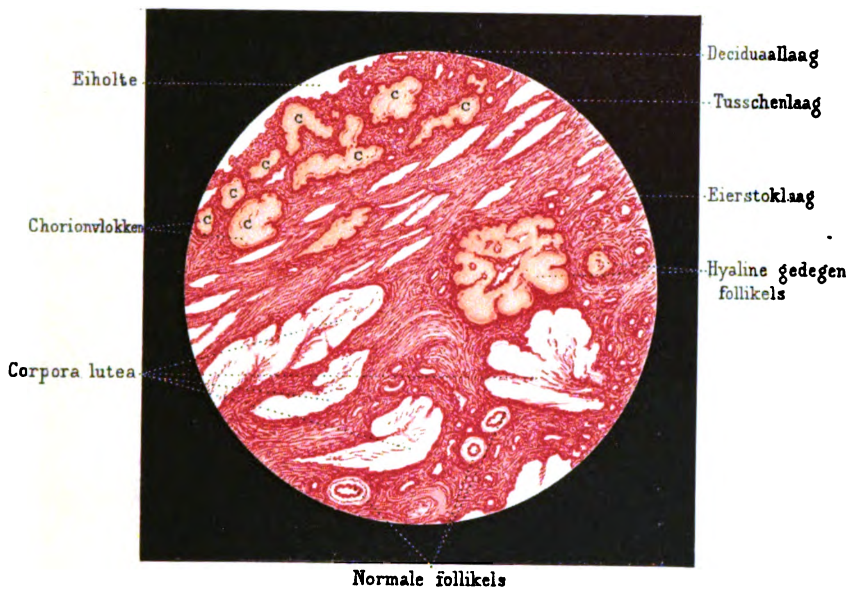
De waarschijnlijkheid, dat de salpingitis reeds vóór de bevruchting bestaan heeft en de oorzaak der ektopische zwangerschap geweest is, wordt grooter door het feit dat in beide gevallen het bevruchte ei in het geheel niet in de tuba is opgenomen geworden, doch zich in het ovarium heeft ontwikkeld.

In geval III kan de oorzaak gelegen zijn in het *myoom*, dat de tubairopening comprimeerde, of wel eveneens in de ontsteking der tuba, waardoor deze het ei niet kon opnemen.

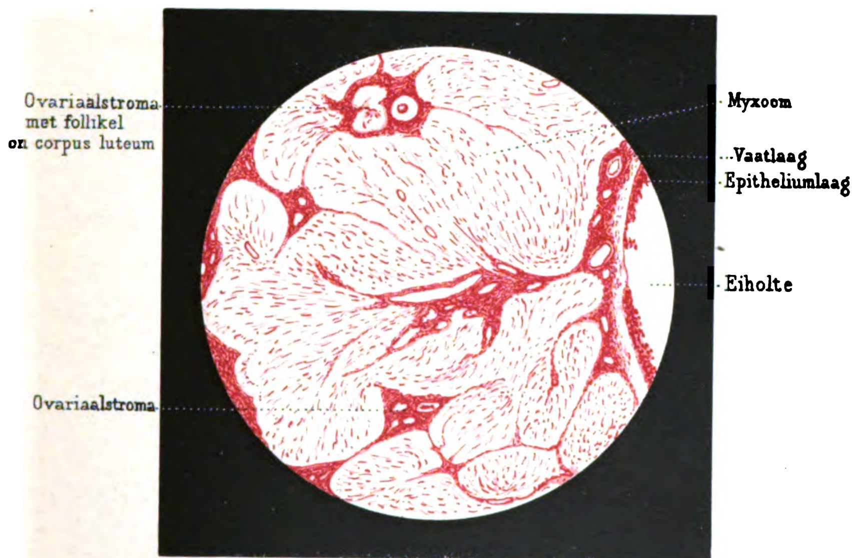
Geval IV zou dienst kunnen doen als bewijs van het *inwendig overgaan van het ei;* immers het abdominale einde der tuba is gesloten en het ovarium van deze zijde bevat geen corpus luteum verum. Ik wil evenwel

[1]) l. c. XXX. Laparotomiën 26.

1.



2.



C.H. Stratz ad nat del.   Steendr. v. P. W. M. Trap.   A. J. Wendel lith.

dit bewijs niet als zeker doen gelden, daar het ook hier twijfelachtig is of de afsluiting der tuba praeexistent was, dan wel of deze eerst secundair door den groei der placenta tot stand kwam.

In het Ve geval eindelijk moet de aetiologie zeker gezocht worden in een door het exsudaat veroorzaakte compressie en obliteratie van het tubairlumen. Het corpus luteum bevindt zich in het overeenkomstig ovarium, het bevruchte ei is op zijn weg door de tuba blijven steken, daarop heeft eene ruptuur plaats gehad. Men kan geen duidelijker verklaring door eenvoudig onderzoek van het praeparaat wenschen.

Bij de beoordeeling der beteekenis van *diagnostische momenten* komen de drie meegedeelde gevallen in aanmerking, waarbij ik mij heb vergist.

Wat dus ten eerste betreft het laatste der drie verkeerde gediagnosticeerde gevallen, hierop past de volgende uiting van Veit[1]) «Nur ganz «ausnahmsweise wird bei einem kleinen Eierstockstumor die Menstrua-«tion ausbleiben, so dass die Grösse desselben etwa der eines Schwan-«gerschaftsproductes entspricht. Jeden Zweifel muss dann die auch nur «kurze Beobachtung lösen.»

De bedoelde uitzonderingstoestand bestond hier, bijzondere omstandigheden maakten een langere waarneming onmogelijk en zoo vond ik den ovariaaltumor, die ik anders nog niet zou geopereerd hebben, doch die mij nu als leerzaam praeparaat zeer welkom is. En voor de patiente zelf is het wellicht beter zoo, daar zij nu van een beginnend lijden bevrijd is geworden, vóór zij daarvan hinder had.

In de beide andere gevallen (6 en 7) was een compliceerende abortus per vias naturales zeer waarschijnlijk en volstrekt niet met zekerheid uit te sluiten; en daarvoor was het naar mijne meening zekerste moment voor de diagnose, de *weeke*, *vergroote*, *ledige uterus naast het gezwel*, niet te gebruiken

Küstner zegt dat met absolute zekerheid de diagnose slechts dan gesteld kan worden, als naast den ledigen uterus duidelijk deelen der vrucht gevoeld worden.

Mij schijnt het toe dat hij zijne eischen te hoog stelt en dat men, zij het ook niet uit een moment alleen, doch uit het samentreffen van verschillende momenten, de diagnose met bijna absolute zekerheid kan stellen.

De *anamnese*, van welke groote beteekenis zij ook zijn moge ter bevestiging van een niet geheel zeker onderzoekingsresultaat, mag toch slechts met groote voorzichtigheid gebruikt worden. In geval 8 hechtte ik daaraan groot gewicht en .... vergistte mij.

Wanneer bij vroeger altijd regelmatige *menstruatie* plotseling *stoornissen* optreden, dan is dit steeds verdacht. Maar dan moet men ook geheel zeker zijn dat werkelijk vroeger de periode *altijd* regelmatig is geweest.

Vallen menstruatie-stoornissen samen met een onderzoek dat slechts aan *ééne* zijde veranderingen doet vinden, dan wordt daardoor het vermoeden op extra-uterine graviditeit nog sterker.

Uitstooten der decidua is zeer variabel; waar men evenwel de membraan waarneemt, kan daardoor in de meeste gevallen de twijfel opge-

[1]) J. Veit. Die Eileiterschwangerschaft, pag. 43.

heven worden. Men zal haar niet gemakkelijk verwisselen met een decidua menstrualis, die gewoonlijk veel minder taai en dik is.

Subjectieve zwangerschapsteekens zijn bijna nooit te gebruiken.

Pijn aan éénen kant, door de patiente goed gelocaliseerd, levert dikwijls een aanknoopingspunt van beteekenis.

Onder de *objectieve teekens* is naar mijne meening, die ook door Veit e. a. gedeeld wordt, het voelen van den *leegen*, *vergrooten uterus naast een week*, *fluctueerend gezwel* van het meeste gewicht. Kan men, waar men dit waarneemt, met zekerheid een kort voorafgeganen abortus en het puerperium uitsluiten, dan is de diagnose absoluut zeker.

Het eenige waarmede hierbij rekening gehouden moet worden, is dat de beoordeeling der meerdere of mindere weekheid van den uterus altijd subjectief blijft en slechts bij zekeren graad van oefening gewicht in de schaal kan leggen.

De *wijnmoerkleur* van de vagina is eveneens zeer afhankelijk van de subjectieve opvatting van den waarnemer en kan ook bedriegen.

Pulsatie van vaten kan wel als bijzaak gebruikt worden, zooals Veit zegt, doch bevat zij *alleen* geen zeker diagnostisch moment.

Wat verder nog niet de noodige aandacht getrokken heeft bij de bekende schrijvers, dat is het onderzoek der adnexa der gezonde zijde. Vindt men deze normaal, dan kan dit meer voor eene extra-uterine zwangerschap pleiten; zijn zij eveneens ziek, dan ligt het vermoeden voor de hand dat er eene andere aandoening der tuba en adnexa bestaat (geval 7).

Hoe het ook zij, ik sluit mij volkomen aan bij de meening van Veit, dat het stellen der diagnose voor den geoefenden onderzoeker niet dan bij uitzondering moeite kan opleveren.

Wat de *prognose* betreft wil ik slechts op eenige punten wijzen, die mij getroffen hebben bij de operatie van de zoogenaamde afgeloopen gevallen.

In geval II bestond obliteratie der tuba en myxomateuse degeneratie van het ovarium. Het zij aan de phantasie van den commentator overgelaten welke gevolgen voor de gezondheid en het leven der bezitster zich uit de combinatie dezer beide afwijkingen hadden kunnen ontwikkelen.

In geval III bestond *haematocele*, alles was op weg van teruggang.

Dicht naast den vruchtzak evenwel lag als bron van onverwachte infectie het oude parametritische absces. Vroeger of later moest van daar uit toch eene infectie plaats hebben en in de necrotiseerende massa's een gunstigen bodem vinden voor snel verdergaande verwoestingen.

In geval IV bestond reeds peritonitis; de placenta had reeds van uit het rectum, waarop zij vastzat, de infectie overgebracht en de operatie heeft alleen het bewijs geleverd dat haematocele niet altijd goed afloopt, zooals Veit waarschijnlijk acht.

Aan het bespreken der *therapie* behoef ik niet veel woorden te verspillen. Deze zal feitelijk daardoor bepaald moeten worden, in hoeverre zij de tot nog toe als zeer ongunstig bekende prognose kan verbeteren.

In de eerste plaats moet de vraag zijn of eene operatie door laparotomie gerechtvaardigd is.

Op zeldzame uitzonderingen na zijn nu wel alle gynaecologen het hierover eens *dat* zij gerechtvaardigd is, en er bestaat nog slechts groot verschil van meening hierover of zij *altijd* gerechtvaardigd is.

Al wordt ook nu nog gediscuteerd over de door Winckel aangeraden behandeling met morphine-injecties, — al wagen nog sommigen het de electrische behandeling te verdedigen, niettegenstaande de onberekenbare gevaren die daaraan verbonden zijn, tengevolge der contracties der spier-elementen van den tubairwand, toch is het slechts eene kwestie van tijd hoe lang het zal duren eer men algemeen — naar ik hoop en vertrouw — op het standpunt zal staan dat men te kiezen heeft tusschen *opereeren* en *niets doen.*

Gevallen die op weg van resorptie waren en voornamelijk die waarbij zich haematocele gevormd had, werden tot nog toe in het algemeen gehouden voor een Noli me tangere, hoewel men niet precies beweren kan dat met dergelijke processen de gevaren der buitenbaarmoederlijke zwangerschap voorbij zijn.

Wat nog ontbreekt voor een juiste beantwoording der vraag naar eene principieele beslissing of en wanneer men bij extra-uterine zwangerschap moet opereeren, dat is goed waargenomen, zorgvuldig onderzocht materiaal. Dat bijeen te brengen moet ons hoofddoel zijn en daarvoor moet ook deze kleine bijdrage dienen.

In het bijzonder meen ik ook, zooals reeds gezegd, de aandacht te moeten vestigen op de gebarsten en op weg van resorptie zijnde gevallen.

Daar ik door laparotomie in één dergelijk geval (II) de prognose verbeterde, in een ander (III) slechts door een ongelukkig toeval het gewenschte resultaat niet bereikte, en daar er ten slotte slechts één geval (V) overblijft, waarin het mij duidelijk werd dat de operatie overbodig geweest was, zoo acht ik mij voorloopig nog gerechtigd in alle gevallen, waarin ik extra-uterine graviditeit kan diagnosticeeren, de laparotomie te verrichten, zelfs op het gevaar af dat zij slechts zou kunnen dienen om mij in het gegeven geval te overtuigen van mijne onmacht.

Groot militair hospitaal.
Batavia, 18 Januari 1890.

VERKLARING DER PLATEN.

Pl. II. Fig. 1. Graviditas ovarica. Alkohol-praeparaat. Natuurlijke grootte.
Fig. 2. Graviditas tubaria. Praeparaat in Müller's vloeistof. Natuurlijke grootte.
Pl. III. Fig. 1. Graviditas ovarica rupta. Alkohol-praeparaat. Natuurlijke grootte.
Fig. 2. Graviditas tubo-ovarica rupta. Haematocele. Alkohol-praeparaat. Natuurlijke grootte.
Pl. IV. Graviditas tubaria rupta. Haematocele. Alkohol-praeparaat. Natuurlijke grootte.
Pl. V. Foetus extra-uterinus (Geval III). Alkohol-praeparaat. Natuurlijke grootte.
Pl. VI. Fig. 1. Mikroskopisch beeld van geval I. } Hartnack. oc. 2. obj. 4. Aluinkarmijn,
Fig. 2. „ „ „ „ II. } paraffine-behandeling.

HAEMATO-SALPINX BIJ EENE ZWANGERE,

DOOR

J. A. LODEWIJKS,

Arts.

Mej. N. N., gehuwde vrouw van 25 jaar, meende zwanger te zijn, toen zij omstreeks einde Maart 1889 pijn in den onderbuik kreeg en wel in de regio iliaca dextra. Daar de pijn voortdurend toenam, stelde zij zich onder geneeskundige behandeling. Omstreeks half April werd een consult belegd met een tweeden medicus, en deze vond bij inwendig onderzoek den uterus vergroot en in retroversie. Na repositie van den uterus bleven de pijnen nog voortduren, zoodat 14 dagen later opnieuw een consult werd gehouden waarbij bleek, dat in het onderste gedeelte van den buik een tumor zich bevond die uit het kleine bekken scheen voort te komen, maar te groot was om de zwangere uterus te zijn. Aan pat. werd de raad gegeven zich in het Diaconessen-huis alhier ter verpleging te doen opnemen, waaraan zij den 30sten Mei gevolg gaf.

Uit de toen opgenomen anamnese bleek, dat pat. vóór haar huwelijk geregeld menstrueerde en, dat zij driemaal een normale zwangerschap gehad had. Telkenmale was de partus en het kraambed voorspoedig verloopen. Noch vóór noch na het huwelijk was er ooit kwestie geweest van genitaal-lijden, terwijl ook overigens hare gezondheid niets te wenschen overliet. Omtrent den tijd der laatste menstruatie wist zij geen juiste opgaven te doen; zij meende dat ongeveer half Maart de menstruatie is weggebleven.

De volgende status praesens werd gevonden. Pat. is eene goed gebouwde, ietwat anaemische vrouw. De buik is opgezet en bevat in het onderste gedeelte een tumor, die eenigszins naar rechts staat, bewegelijk en pijnlijk is en uit het kleine bekken schijnt voort te komen. De uterus ligt in retroversie en is vergroot. Bij onderzoek in chloroform-narcose blijkt, dat de tumor van den uterus is afgescheiden, maar met eene dikke streng met den rechter uterushoorn samenhangt. De ovariën worden niet gevonden en de uterus schijnt, zoover hij te betasten is, vergroot (als van eene zwangerschap van 3 maanden) maar slap en ledig te zijn De diagnose werd nu gesteld op tumor van de rechter tuba, wellicht tubairzwangerschap. Den eersten tijd werd pat. in observatie gehouden. De temperatuur, die den eersten avond 38.8° was, bleef verder normaal. De vrees voor bersting der tuba en de voortdurende pijn deden tot laparotomie besluiten, die den 11den Juni werd uitgevoerd. Na het openen van de buikholte werd een tumor gevonden ter grootte van een kinderhoofd, die door eene enkele adhaesie met het omentum vergroeid en door een ± 3 cM. dikken steel aan den rechter uterushoorn verbonden is. Op de voorvlakte van den tumor zijn de fimbriae duidelijk te herkennen; de steel is eenigszins gekronkeld. Na onderbinding en klieving van de adhaesie

met het omentum wordt de steel, de uitgezette tuba, met eene elastieken ligatuur onderbonden, hetgeen dicht bij den uterushoorn moest geschieden, en doorgesneden, en hierbij bleek, dat de tuba gevuld was met eene massa, die op een bloed-coagulum geleek. De uterus bleek een foetus te bevatten.

Behalve braken en onrust gedurende de eerste 24 uur ondervond pat. geen onaangename gevolgen van de operatie. De temperatuur kwam niet hooger dan 37.8°. Reeds den derden dag werd de urine spontaan geloosd, terwijl den achtsten dag na oleum ricini defaecatie volgde. Den 3den Juli verliet pat. hersteld het gesticht. De eerste weken na haar thuiskomst had zij af en toe nog eenige pijn in de rechter regio iliaca, maar na dien tijd bleef zij volmaakt wel. Den 2den December ontving ik het bericht, dat zij voorspoedig bevallen was van een goed ontwikkeld levend kind.

De weggenomen tumor bestond uit een zak met een dikken wand en was ongeveer zoo groot als een klein kinderhoofd. De inhoud van den zak was een zwartachtig gekleurd vocht. Tusschen de fimbriae, die op de voorvlakte gelegen zijn, kan een stilet in een kanaal gevoerd worden, dat eenige centimeters in den wand van den zak loopt en blind eindigt. De steel, de uitgezette rechter tuba, heeft een dikken wand en is gevuld met eene op een bloed-coagulum gelijkende massa: hij bestaat dus uit een hæmato-salpinx.

Als aetiologische momenten voor het ontstaan van haemato-salpinx worden door de handboeken opgegeven haematometra, bicorniteit van den uterus met eenzijdige sluiting van het genitaalkanaal, doorbraak van apoplectische haarden in de afgesloten tuba, vergroeiing van het abdominaal einde der tuba met het ovarium en indringen van bloed in de tuba bij bloedingen in laatstgenoemd orgaan, verder overgang van hydrosalpinx in haemato-salpinx, terwijl terloops ook tubairzwangerschap genoemd wordt. Volgens de meening van Veit echter komt laatstgenoemde oorzaak veel meer voor, dan vroeger werd aangenomen en hij zegt elke haemato-salpinx, waarbij een vastzittend bloed-coagulum gevonden wordt, steeds als een gevolg te zullen beschouwen van tubairzwangerschap, zoolang niet is aangetoond, dat zij op andere wijze is ontstaan. De rechtmatigheid dezer uitspraak wordt vooral bewezen door een geval van Paul Ruge. Deze demonstreerde in de vergadering van 10 Mei 1889 der Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynaekologie te Berlijn eene haemato-salpinx door laparotomie verwijderd wegens vermoeden van tubairzwangerschap. Aan het praeparaat was een coagulum te zien, dat op één plaats innig met den wand verbonden was. Het microscopisch onderzoek door Carl Ruge en Keller op chorion-vlokken had een negatief resultaat opgeleverd. Veit sprak toen als zijne meening uit, dat dit negatieve resultaat weinig bewijzend was en verzocht daarom een nieuw microscopisch onderzoek in te stellen. In de vergadering van 12 Juli d. a. v. vertoonde Keller microscopische praeparaten van het geval Ruge, waaruit bleek, dat in het bloed-coagulum zonder eenigen twijfel chorion-vlokken aanwezig waren, zoodat in dit geval de haemato-salpinx blijkbaar een gevolg was van tubairzwangerschap.

De bovenmedegedeelde meening van Veit werd ook door Martin uit Berlijn verdedigd in de gynaecologische sectie der «62» Versammlung

deutscher Naturforscher und Ärzte» te Heidelberg op 18 Sept. 1889, terwijl nog verscheidene gevallen bekend zijn, waar bij haemato-salpinx in het vastzittend coagulum chorion-vlokken gevonden worden.

Hoe is nu in ons geval de aetiologie? Om antwoord op deze vraag te kunnen geven, heb ik mij gewend tot Prof. Siegenbeek van Heukelom, die zich welwillend met het anatomisch en microscopisch onderzoek van den tumor heeft willen belasten. Volgens hem is de groote zak aan het abdominaal einde der tuba een eenvoudig ovariaal cystoom. De fimbriae, die op den wand der cyste gelegen zijn, zijn intact en van hieruit is de tuba eenige centimeters te sondeeren om daarna blind te eindigen. Mediaanwaarts dier afsluiting komt direct de haemato-salpinx. De daarin aanwezige bloederige massa adhaereert zeer innig met den wand en is zeer samenhangend en sponsachtig van consistentie. De wand der haemato-salpinx is voor het grootste gedeelte tuba-wand, zooals blijkt uit de aanwezigheid van bundels, die uit gladde spiervezelen bestaan. Voor een deel echter gelijkt het weefsel volkomen op het stroma van een ovarium, zoodat mag worden aangenomen, dat een gedeelte van het ovarium bij rekking der tuba in den wand is opgenomen. In de bloederige massa worden duidelijke aanwijzingen gevonden van beginnende organisatie, zooals nieuwgevormd bindweefsel. Te midden dezer massa worden, behalve grootere en kleinere vaten, allerlei strengen en bindweefsel-membranen waargenomen, die in tegenstelling met de gewone bevindingen bij organisatie van bloeduitstortingen reeds sedert lang dood moeten geweest zijn. Hier en daar, maar zelden worden strengvormige massa's gevonden, die op doorsnede als soliede celstrengen te zien waren, soms voorzien van een bloedvat, dat wel niet centraal maar toch in de streng gelegen is. Deze celstrengen worden steeds door bloed omgeven gevonden en dat bloed zat steeds in eene wijde ruimte door een wand van cellen begrensd. Omtrent deze celstrengen zegt Prof. Siegenbeek van Heukelom: «Hoewel ik nu aan deze strengen den eigenaardigen, niet streng te begrenzen, chromationrijken protoplasmatischen zoom der chorion-vlokken miste, zoo houd ik het er voor, dat dit toch restes ervan zijn. De vergelijking met praeparaten van dergelijke salpinges deed mij met eenig vertrouwen, al is het niet met volkomen zekerheid, aan deze uitspraak vasthouden».

Hoewel dus de chorion-vlokken niet met volkomen zekerheid zijn aangetoond, mag toch met groote waarschijnlijkheid tubairzwangerschap ook in dit geval als oorzaak der haemato-salpinx worden aangenomen. De geheele gang van zaken zou dan op de volgende wijze verklaard kunnen worden. Vóór de vrouw zwanger werd, bestond een ovariaal cystoom van geringen omvang, terwijl de tubae intact waren. Bij de ovulatie werden twee ovula afgestooten, waarvan het eene den uterus bereikte en het andere in de tuba bleef zitten, terwijl beide bevrucht werden. Door adhaesieve ontsteking werd nu de tuba gesloten. Het ovulum in de tuba stierf af, toen het nog slechts een geringen graad van ontwikkeling bereikt had. Tegelijkertijd nam dit ovariaalcystoom in omvang toe, zoowel onder den invloed der zwangerschap als door bloedingen uit den cyste-wand. Dat deze bloedingen reeds geruimen tijd vóór de operatie hebben plaats gehad, blijkt uit de kleur van het vocht, dat de cyste bevatte.

Haarlem.

BIJDRAGE TOT DE CASUISTIEK DER EXSTIRPATIO UTERI VAGINALIS WEGENS CARCINOOM,

DOOR

Dr. BIMMERMANN,
Offic. van Gezondheid 1e klasse.

Het navolgende geval meen ik ter kennis van het medisch publiek te mogen brengen, niet om eene typische operatie te beschrijven, waarvan de techniek bijna volmaakt mag heeten, maar

1° om de complicaties, die bijna eene contra-indicatie vormden, en

2° uit een anatomisch standpunt, omdat het eenig licht werpt bij de ventilatie der vraag, of eene totale exstirpatio uteri bij carcinoma cervicis gewettigd is, dan wel of men zich met supravaginale excisie mag tevreden stellen.

Mevrouw H. riep den 6den Januari 1890 mijne hulp in wegens hevige uterine bloedingen, die haar zoodanig hadden verzwakt dat zij het bed niet meer kon verlaten. Pat. VI para, oud 43 jaar, menstrueerde 't eerst op haar 14e jaar; menses steeds regelmatig alle 4 weken, niet copieus gedurende 4—5 dagen; 6 partus en een abortus verliepen steeds zonder eenig accident. Sedert 6 maanden waren de menses onregelmatig geworden en was zij buiten de stad in behandeling geweest wegens fluor en de lang aanhoudende bloedingen. Een groot ulcus aan de portio werd door den behandelenden geneesheer met de lapis-stift herhaaldelijk getoucheerd. Sedert eenige dagen te Semarang teruggekeerd, waren de bloedingen zóó hevig geworden, dat zij terstond mijne hulp inriep.

Status praesens. Slecht gevoede, vermagerde vrouw; gelaatskleur grijs, wasachtig bleek. Port. vag. staat naar voren gericht; de vinger voelt eene hobbelige harde oppervlakte in de buurt van het ostium. Het corpus ligt sterk vergroot in retroflexie en volgt bij de minste aanraking der cervix eene bloeding, eerst bruinachtig, dan helder rood wordende.

Patiente werd, na behoorlijke desinfectie van de genitaliën, met jodoformgaas getamponneerd en naar het hospitaal overgebracht.

Het vergroote uterin-kanaal is 10,5 cM. lang; uterus is hard en gelukte het alleen per rectum met moeite het corpus te erigeeren. Beide ligg. sacro-uterina waren sterk gespannen, vooral het linker; aan de bovenvlakte dier ligg. waren kleine lymphkliertjes *niet* te voelen, buiten de ligg. waren nog eenige atypische strengen te palperen; verder voelde men een groot parametraan lidteeken (of infiltraat?) in het linker vaginaalgewelf.

In het Simon'sche speculum zag men de geheele portio geulcereerd, met wankleurige granulaties bedekt en vloeide uit de geopende harde cervix, een bruinachtig bloederig vocht en volgde bij de minste aanraking met sonde of vinger eene flinke haemorrhagie.

Wij konden hier slechts denken aan een carcinoma, mogelijk met myoom gecombineerd, of aan eene haemorrhagische endometritis en endocervicitis, zooals men die soms bij het begin van den clymax aantreft.

Een curettement van cervix en corpus leverde wankleurige, harde, knobbelige en spongieuse massa's op, die bij microscopisch onderzoek uit dicht bij elkander liggende klierbuizen bleken te bestaan, gevuld met epitheliale en adenoide bindweefselmassa's, waarin zich epitheliaalnesten bevonden.

Na injectie van heet water en vervolgens tinct. jodii stond de bloeding en werd de vagina getamponneerd met jodoformgaas.

Daar de toestand van de patiente eene ingrijpende operatie (exstirpatio uteri vaginalis) vooralsnog niet gedoogde, werd de excochleatio nog eens herhaald, en herhaaldelijk joodtinctuur ingespoten en intusschen de patiente sterk gevoed.

De operatie had den 5den Februari 1890 in het huis van de patiente plaats; in het hospitaal werd zij wegens het gevaar (sic!) dat er aan verbonden was, door den Dirigeerend Officier van Gezondheid, verboden en opereerde ik, met welwillende assisentie der collega's Drs. Schöman, Tamson en Nicolai.

't Eerst werd, na volbad en behoorlijke desinfectie van het genitaalkanaal, de blaas van den uterus afgepraepareerd, omdat ik het meeste vreesde voor de ureteren, die nu met de blaas naar boven konden ontwijken; toen werden de art. uterinae met den Olshausen'schen arteriehaak provisorisch onderbonden en overgegaan tot de opening van den Douglas. Hier vertoonden zich de meeste moeilijkheden door talrijke oude para- en perimetritische processen, zoodat ik in eene groote holte kwam en pas na zeer veel moeite tot het peritoneum door kon dringen. Van nu af werd volgens Martin het peritoneum met vaginaalwand centimetersgewijze gehecht.

Op deze wijze was de bloeding gedurende de operatie relatief zeer gering. De uterus werd toen met allengs hooger grijpende Muzeuux'sche tangen *in situ* naar beneden gebracht, niet «gestürzt». Het linker ovarium en tuba werden gemakkelijk met den uterus verwijderd, het rechter ovarium, dat geadhaereerd was, liet ik zitten. De stompen der beide ligg. lata werden nu in Richelot'sche tangen gepakt, die tot den 6den dag bleven liggen. Er was geen spoor van bloeding meer aanwezig.

Na het afbetten der groote wondholte met in 0,1% sublimaat-oplossing bevochtigde watten, werd een jodoformgaas-tampon ingebracht en de operatie werd daarmede getermineerd. Zij had van 10¾—1¼ uur geduurd.

Een intredende collaps van patiente werd met 3 spuitjes aether en warme clysmata spoedig getermineerd. Temperatuur 's avonds 37,8° C. Den volgenden dag rees de temperatuur tot 38,5 en bereikte zij den 3den dag na de operatie de hoogte van 39,8° C. De jodoformgaas-tampon, dien ik toen verwijderde, was geheel droog. Toen ik de parametrane wondholte voorzichtig met 2% carbolo-plossing uitspoelde, trad een diepe collaps in. Patiente was totaal bewusteloos, de pupillen waren speldenknop groot en reageerden niet meer; de pols klein en frequent en irregulair. Ik dacht aan carbol-intoxicatie, irrigeerde nog eens met warme 2% boorzuuropl. Na eene aether-injectie keerde van lieverlede het bewustzijn terug en de pols herstelde zich.

De eerstvolgende urine, die ik per catheter ontlastte, was echter helder en doorschijnend, niet bruin of zwart gekleurd. In de rima vulvae ontstond, waarschijnlijk door langdurigen druk van het Simon'sche speculum, (anaemische necrose) een ulcus, dat met jodoform ingewreven spoedig mooi granuleerde.

Er werd verder den 3den dag links een paravesicaal exsudaat opgemerkt en ijs op den onderbuik geappliceerd; van den 5den dag af werd de secretie zeer copieus, zoodat ik soms 2maal daags de wondholte met boorzuur irrigeerde en dan een jodoformgaas-tampon inbracht. Van af den 6den dag was de temperatuur normaal en ging de genezing zonder verder accident voort.

Den 15den dag kon de patiente opzitten en is van nu zonder de minste pijn. De hechtingen werden weggenomen en ziet men in het speculum eene mooie granuleerende vlakte. Het path. anatomisch onderzoek van den geëxstirpeerden uterus, leverde het volgende op:

Uterus in alle diameters vergroot; de oorspronkelijke afmetingen zijn niet terstond genoteerd en zijn in het spiritus-praeparaat verkleind. Het peritoneaalvlak is glad; nergens zijn hobbeligheden of oneffenheden zichtbaar, de consistentie is overal gelijkmatig hard.

Bij nauwkeurige palpatie van den voorsten baarmoederwand voelt men in het midden een duiveneigrooten tumor, correspondeerende met eene ulcereerende oppervlakte in het cavum en is daar door eene uitspringende 1,5 cM. breede, «Leiste» zichtbaar, grenzende aan bijna normaal slijmvlies.

De carcinomateuse massa's zijn daar door den lepel niet verwijderd kunnen worden, wel het hyperplastische endometrium in het cavum en is toen door den lepel die «Leiste» nog scherper van het overige gezonde slijmvlies geaccentueerd geworden. Dit uitstekend effect van de 2 curettements met navolgende joodbehandeling was in het praeparaat zeer goed te demonsteeren. De kleine tumor met ulcereerende oppervlakte substitueerde daar ter plaatse de uterus-substantie.

Wij hebben hier te doen met een cervix-carcinoom, verder zooals dit daarbij als regel mag genoemd worden eene endometritis corporis en buitendien, onafhankelijk van het eerste carcinoom, een zelfstandig carcinoom in het corpus.

Abel en Landau hebben gewezen op gelijktijdige veranderingen van de mucosa uteri van soms carcinomateus, soms sarcomateus karakter.

De gunstige resultaten der vaginale totaal-exstirpatie in den laatsten tijd, rechtvaardigen vooral met het oog op eene mogelijke complicatie, zooals in dit geval, de radicale wegruiming van den geheelen uterus en adnexa.

P. S. Patiente, die zich op het oogenblik in het gebergte bevindt, gevoelt zich volkomen gezond en sterk en is vol levenslust.

Willem I, 6 April 1890.

EEN GEVAL VAN CHYLUS-CYSTE,

DOOR

Dr. M. A. MENDES DE LEON.

Tot de zeer zeldzaam voorkomende gezwellen van de buikholte behooren zeker wel de chylus-cysten. Slechts een tweetal goed geconstateerde gevallen zijn in de literatuur bekend. Het eerste, door Kilian beschreven [1]) betreft eene vrouw van 61 jaar, met een retroperitoneaal gelegen tumor, die de linea alba eenige centimeters naar links overtrof en waarvan men bij gecombineerd onderzoek zeer gemakkelijk kon vaststellen dat hij niet samenhing met de geslachtsorganen. Het tweede geval is door Bramann [2]) waargenomen bij een man, die sedert geruimen tijd last had van een zeer bewegelijk gezwel in de buikholte, dat bij de operatie eveneens bleek te zijn, een mesenteriaal-cyste gevuld met chylus-vloeistof.

Niet alleen derhalve om het zeldzaam voorkomen dezer gevallen, maar ook om het feit dat de straks te beschrijven tumor bij eene vrouw in den geslachtsrijpen leeftijd gevonden werd, waardoor eigenaardige moeielijkheden in de diagnose ontstonden, acht ik de mededeeling van dit geval niet van belang ontbloot. Het strekt ook tevens tot bewijs dat eene laparotomie, hoe eenvoudig zij zich ook dikwerf laat aanzien, den operateur soms onaangename verrassingen kan bereiden.

Mej. de R., eene 27jarige I para, consulteerde mij in December 1888 wegens opzetting van den buik, die haar in den laatsten tijd, vooral in liggende houding, veel last veroorzaakte.

Als meisje was patiente steeds gezond geweest. Op 21jarigen leeftijd gehuwd, beviel zij een jaar later van een voldragen kind, en is daarna niet meer gravida geworden. De menses zijn steeds spaarzaam, maar geregeld. — Bij uitwendig onderzoek voelt men in abdomine een vasten tumor ter grootte van een kokosnoot, nagenoeg mediaan gelegen en reikende tot 5 cM. boven den umbilicus. Het gezwel is zeer bewegelijk en kan naar alle richtingen gemakkelijk worden verschoven. — Fluctuatie is niet waar te nemen. Bij gecombineerd onderzoek komt het voor alsof het gezwel door middel van een langen steel met den uterus is verbonden, ofschoon 't niet duidelijk waarneembaar is dat bij het omhoogtrekken van den tumor, de baarmoeder deze beweging volgt. Het rechter ovarium is duidelijk te voelen, het linker niet.

Na dit eerste onderzoek meenden wij niet gerechtigd te zijn eene

---

[1]) Berliner klin. Wochenschr. 1886. bl. 407.

[2]) Archiv f. klin. Chirurgie. Bd. 35. bl. 201.

zekere diagnose te stellen; de symptomen toch, konden even goed hare verklaring vinden in de aanwezigheid van een subsereus myoom met langen steel, als wel door een dermoïd-cyste of fibroom van het linker ovarium. In elk geval bestond er indicatie tot opereeren: eensdeels door de subjectieve klachten door de aanwezigheid van het gezwel veroorzaakt, anderdeels door het gevaar waartoe zijne groote bewegelijkheid aanleiding kon geven, zooals torsie van den steel, of inklemming van een darmlis. Bovendien liet het zich aanzien dat de verwijdering van den tumor zeer gemakkelijk zou zijn, zoodat er geen redenen bestonden om langer te wachten, en de gunstige voorwaarden tot opereeren voorbij te laten gaan.

Zes weken na het eerste onderzoek besloot Pat. dan ook zich aan eene operatie te onderwerpen en werd daartoe opgenomen in het Ned. Isr. Ziekenhuis.

Bij een tweede onderzoek in narcose bleek toen duidelijk dat er fluctuatie aanwezig was, zoodat de diagnose werd gesteld op een cyste van het linker ovarium.

Den 12den Februari 1889 laparotomie. Bij opening van de peritoneaal-holte prolabeerden onmiddellijk eenige darmlissen, en nadat deze met moeite teruggebracht waren, bleek het dat de tumor, ondanks zijn groote bewegelijkheid, onmogelijk uit de abdominaal-holte te voorschijn kon gebracht worden; slechts een kleine oppervlakte was zichtbaar, de rest was geheel bedekt door den radix mesenterii die, onmiddellijk in den wand overging. Talrijke groote en kleinere vaten verliepen van den darm naar de serosa van het gezwel, dat in anatomischen zin de plaats van het mesenterium vervulde. De fluctueerende inhoud van den tumor liet nu geen twijfel toe dat we een cyste van het mesenterium voor ons hadden. Van een totaal-exstirpatie kon derhalve, met het oog op de voeding van den darm, geen sprake zijn, vermits zij ongetwijfeld gangreen van een groot deel daarvan, moest na zich slepen.

Wij besloten derhalve den tumor-wand in de buikwond te hechten, om, zoodra vergroeiing tot stand zou zijn gekomen, de cyste te openen en te draineeren.

Den 7den dag na de operatie werd mij verzocht onmiddellijk naar het ziekenhuis te komen omdat een gezwollen, sterk hyperaemische darmlis uit de wond te voorschijn was gekomen, die niet gereponeerd kon worden. — De wond werd daarop vergroot door een incisie loodrecht op de eerste, waardoor het mogelijk werd een plek van den cyste-wand te presenteeren waarin geene bloedvaten verliepen. Deze werd daarop met een troicart doorstoken en eene groote hoeveelheid dikke, korrelige, melkwitte vloeistof ontlast.

Na verwijdering van den troicart werd de cyste-wand door de bistouri verder ingesneden, waarbij een vrij belangrijke kwantiteit van den inhoud in de buikholte werd uitgestort. De cyste, wier wand van binnen volkomen glad en lederachtig vast was, werd uitgespoeld met een zwakke boorzuuroplossing en daarna in de buikwond gehecht en met 10 meter jodoform-docht gedraineerd.

Het verloop was verder zeer gunstig; de hoogste temperatuur was 37° 3; den 3den dag volgde spontaan defaecatie. — Vier weken na de operatie verliet patiente het bed, en twee weken later het ziekenhuis.

Uit het scheikundig onderzoek door Dr. Zeehuijzen in het Pathol. Laboratorium alhier, verricht, bleek nu het volgende:

De vloeistof is eene emulsie, die zwak zuur reageert, naar vet ruikt, en (na verdunning met gelijke hoeveelheid water) een specifiek gewicht heeft van 1011. Het stolt niet bij 50° C. Het sediment bestaat uit vetzure kristal«garben», rosetten en naalden, vetbolletjes in groot aantal en cholestearin in een eigenaardigen kristalvorm. — De vloeistof bevat veel eiwit als albumine, globuline en waarschijnlijk caseïne. Hemi-albumose, pepton en mucine zijn niet aanwezig. In het onteiwitte vocht is een zeer geringe hoeveelheid suiker. Tien cM^3. van de vloeistof bevat 2.91 gram droge stof, dus 20.1 °/₀, en 3.27 °/₀ asch. Hiervan is 229 mgrm. onoplosbaar in water. Het oplosbare gedeelte (98 mgrm.) bestaat bijna uitsluitend uit Ka- en Na-zouten.

Met deze gegevens, en vooral ook uit het microscopisch onderzoek van den cyste-wand, die uit bindweefsel met bloedvaten bestond, en op de binnenvlakte noch epithelium noch endothelium bevatte, kon er wel geen twijfel meer bestaan of het gezwel moest een chylus-cyste zijn. De karakteristieke histologische en chemische eigenschappen toch van een dermoïdcyste of echinococcus ontbraken in casu, ten eenenmale, terwijl de vloeistof, ofschoon hare scheikundige samenstelling niet volkomen overeenstemming daarmede vertoonde, als chylus moest worden beschouwd.

De verschijnselen die de chylus-cysten durante vitam aanbieden, zijn niet karakteristiek genoeg om de diagnose met eenige zekerheid te kunnen stellen. In het gunstigste geval kan men tot de aanwezigheid van eene cyste van mesenterium of peritoneum besluiten (Bramann) doch een differentiaal-diagnose tusschen de drie bovenvermelde nieuwvormingen te stellen is alléén mogelijk wanneer men zijn toevlucht wil nemen tot een proef-punctie; een hulpmiddel van onderzoek dat o. a. ook in ons geval niet veel licht zou hebben verspreid.

Van veel gewicht bij het stellen der diagnose, is de groote bewegelijkheid van den tumor. Dit verschijnsel, voldoende verklaard door de buitengewone bewegelijkheid van het mesenterium, is zeer kenmerkend, zoowel in de gevallen van Bramann en Küster als in het onze, doch wordt gemist in dat van Kilian, waar het gezwel nier en colon voor zich uit gedreven hebbende, zijne bewegelijkheid verloor.

Deze eigenschap der mesenteriaal-cysten is dáárom van belang voor de diagnose, omdat bij den man eene zóó groote bewegelijkheid van buiktumoren, schier uitsluitend bij wandel-organen is aan te treffen.

Bij de vrouw daarentegen komen meerdere aandoeningen voor, z.a. lang gesteelde myomen of ovariaal-tumoren, die deze bewegelijkheid vertoonen, weshalve de diagnose bij de vrouw nog grootere moeilijkheden oplevert. — Het is dan ook begrijpelijk dat in ons geval, de eenige, niet retroperitoneale cyste van dien aard, naar mij bekend is, bij de vrouw waargenomen, de diagnose vóór het openen der buikholte, niet gesteld is geworden.

Ten aanzien van de therapie wensch ik alléén te wijzen op de onmogelijkheid om deze gezwellen te amoveeren. Gangreen van een groot darmstuk, zou onvermijdelijk een gevolg daarvan moeten zijn, omdat het grootste deel van den cyste-wand de plaats van het mesenterium met de

daarin verloopende talrijke bloedvaten inneemt. — Ook voor eene kunstmatige vergroeiing door hechtingen aan den buikwand schijnen deze gezwellen, door hunne groote bewegelijkheid, ongeschikt te zijn, en er blijft dus niets over dan te incideeren, zooveel mogelijk van den wand weg te nemen, en ten slotte dezen in de buikwond vast te hechten.

Het eenige nadeel in deze methode gelegen, is het gevaar voor hernia ventralis, zoodat, vooral in deze gevallen, het dragen van een goed passenden buikband van het grootste belang is. — Punctie van de cyste alléén, schijnt niet voldoende te zijn. Althans vermeldt Kilian[1]) dat in zijn geval de cyste zich tot tweemaal toe, na verrichte punctie, wederom gevuld had, terwijl na de operatie evenmin als bij onze patiente en bij dien van Bramann uitscheiding van chylus meer plaats vond.

Omtrent het ontstaan dezer cysten is weinig met zekerheid te zeggen. Allereerst moet worden gedacht aan een stenose van den ductus thoracicus; echter kan eene dergelijke vernauwing wel aanleiding geven tot verwijding van het onderste gedeelte van den ductus en van de cysterna chyli, maar verklaart niet voldoende het tot stand komen van een cyste; bovendien heeft men in gevallen van stenose, collaterale banen voor den toevoer van chyl naar de aderen waargenomen.

Toch kan totale afsluiting van den ductus tot belangrijke dilatatie van, en stuwing in het chylvaten-systeem aanleiding geven, zooals beschreven is door Virchow[2]), Kilian[3]) en Rokitansky[4]).

In ons geval is de aetiologie duister; zeker is het, dat er geen directe verbinding bestond tusschen de cyste en de chylvaten, want sedert de operatie was er geen afscheiding in den zak meer waar te nemen.

Amsterdam, Maart 1890.

---

[1]) l. c.
[2]) Virchow's Archiv. Bd. 7, bl. 130.
[3]) l. c.
[4]) Lehrb. der path. Anatomie Bd. II, bl. 388.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van Januari tot Juli 1890

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van 29 Januari 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

De Voorzitter stelt aan de orde de discussies over de voordracht [1]) van Dr Nijhoff «over de beteekenis van sommige liggingsafwijkingen der baarmoeder,» gehouden in de December-vergadering van 1889.

Dr. Barnouw verklaart in hoofdzaak het eens te zijn met de beschouwingen van Dr. Nijhoff, maar meent dat deze te ver gaat, door nagenoeg alle gevallen van liggingsafwijking der baarmoeder naar achteren als van secundairen aard te rekenen.

Hij deelt een paar gevallen van retroflexio uteri mede, die gepaard gingen met hysterische klachten, die na repositie van den uterus en applicatie van een pessarium onmiddellijk en blijvend zijn opgeheven.

In niet zeldzame gevallen moet z. i. de retroflexio uteri beschouwd worden als oorzaak van verkregen steriliteit; door repositie van den uterus wordt de steriliteit dikwijls opgeheven, en wel z. i. waarschijnlijk door het tengevolge van den verbeterden stand spontaan verdwijnen van den uterus-catarrh.

Prof van der Meij zegt, dat de strijd over de beteekenis die aan de liggingsafwijkingen der baarmoeder naar achteren moet worden toegekend, van zeer ouden datum is. Sommigen meenen, dat aan de achteroverligging, op zichzelf beschouwd, geen bijzondere beteekenis toekomt en schrijven de klachten der patienten toe aan de ontstekingachtige complicaties van de baarmoeder en hare omgeving. Zij beroepen zich hierbij op het feit, dat de uterus vaak geretroverteerd wordt gevonden, zonder dat eenig verschijnsel op het bestaan der liggingsafwijking wees; neemt echter de baarmoeder in omvang toe — zooals o. a. bij ingetreden zwangerschap — zoo doen zich de verschijnselen voor van druk op de omliggende deelen (stoornissen in de urineloozing, defaecatie, schietende pijnen in de bekkenstreek en onderste ledenmaten, enz.). Het is niet te ontkennen, dat de in volkomen normalen toestand zich bevindende baar-

---

[1]) In extenso gepubliceerd in dit Tijdschrift 2e Jaargang, bladz. 99.

moeder achterover kan gelegen zijn en bij groote beweegelijkheid die liggings-anomalie geen enkel ziekteverschijnsel, geen enkele klacht teweegbrengt.

Spreker houdt deze gevallen voor uitzonderingen. Hij voor zich ziet in de verkeerde ligging der baarmoeder, als zoodanig niet zelden de oorzaak van het lijden der vrouw. Voor die meening pleit, dat bij verbetering der ligging, derhalve na repositie, dikwijls de klachten plotseling zijn opgeheven, om onmiddellijk, als door een tooverslag, terug te keeren, zoodra de baarmoeder weder in de vicieuse ligging is teruggekeerd. De ontstekingachtige complicaties kunnen door het brengen van de baarmoeder in haren normalen stand, toch niet *onmiddellijk* worden opgeheven.

De gevallen daargelaten, waarin de liggingsafwijking in het geheel geen verschijnselen veroorzaakt en behandeling derhalve overbodig mag heeten, vereischt de retroflexio-versio uteri eene locale therapie. Het doel dier behandeling zal zijn verbetering der ligging of opheffing der complicaties. Dikwijls echter zal het blijken, dat de complicaties eerst dán met succes kunnen worden bestreden, wanneer de baarmoeder — en wel blijvend — in haren normalen stand is teruggebracht. In andere gevallen zeker zal de repositie eerst mogelijk blijken, nadat de complicaties zijn opgeheven.

Prof. Treub acht het verwijt, tegenover Schultze, door Dr. Nijhoff in zijne voordracht geuit, niet gegrond. Hij voor zich acht de retroflexio uteri wel degelijk eene pathologische afwijking en gelooft, dat men op de wisselvalligheid en veranderlijkheid in de ligging der baarmoeder niet zoo sterk den nadruk mag leggen als Dr. Nijhoff heeft gedaan.

Ook hij wijst, evenals de beide vorige sprekers, op het verdwijnen der klachten bij repositie van den uterus, zonder dat eenige andere therapie is ingesteld. Wordt het pessarium verwijderd, zoo kunnen de symptomen bij het terugkeeren der baarmoeder in de verkeerde ligging, weder optreden.

Bij eene patiente, bij welke spr. wegens endometritis curettement had verricht en tevens den geretroflecteerden uterus gereponeerd en een pessarium aangelegd had, verdween de pijnlijkheid volkomen. Toen geruimen tijd later het pessarium verwijderd werd, keerde de pijnlijkheid na 3 dagen terug. Pat. kwam 14 dagen later weer onder behandeling en eerst na eenige malen herhaalde applicatie van tinct-jodii en het aanleggen van een pessarium was zij wederom genezen. Spreker zou de door Dr. Nijhoff opgenoemde complicaties willen aanduiden als secundaire verschijnselen der liggingsafwijking.

Hij vindt de door Dr. Nijhoff aangegeven indicatie voor het verwijderen der adnexen niet gegrond en meent, dat de door dezen aanbevolen massage ter versterking van het natuurlijk steun-apparaat der baarmoeder moeielijk is te rijmen met hetgeen op pag. 9 der voordracht, omtrent masturbatie te lezen staat.

Dr. Nijhoff repliceert op de gemaakte bedenkingen, dat het in de allereerste plaats zijn doel was, om het zoo belangrijke vraagstuk van de beteekenis, die aan de liggingsafwijkingen der baarmoeder moet worden toegekend, op nieuw ter sprake te brengen. Hij blijft van oordeel, dat het in de allermeeste gevallen voldoende zal zijn de ziekelijke afwijkingen, die men complicatiën noemt, te cureeren; alleen dan moet de liggings-

afwijking zelve gecorrigeerd worden, wanneer ook na opheffing der complicaties de verschijnselen blijven bestaan. Hij wijst er op, dat de strijd hoofdzakelijk gaat over die gevallen, waar geene adhaesiën de baarmoeder in abnormalen stand houden en de secundaire natuur der retroflexio of welke liggingsafwijking ook niet betwijfeld kan worden.

Eene endometritis, eene glandulaire woekering, zooals Prof. Treub beschreef, kan hij niet beschouwen als een gevolg van veneuse stuwing; wel wil hij toegeven dat een bloeding het gevolg kan zijn van belemmerden bloedsafvoer. Het terugkeeren der verschijnselen na het opheffen der fixatie van de baarmoeder in den normalen stand door verwijdering van het pessarium, zou hij — althans in vele gevallen — willen toeschrijven aan suggestie, ten deele misschien opgewekt door den medicus zelven.

Vergadering van 26 Februari 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Prof. Treub doet mededeeling van 2 door hem bij eene jonge vrouw en haar kind waargenomen gevallen van fistula auris congenita, waarvan de zeer goedgeslaagde photographische afbeeldingen worden vertoond.

De fistula auris congenita doet zich voor als een kleine blinde instulping der huid, ter plaatse van den overgang van den helix in de huid. Ten onrechte volgens spreker, wordt door Urbantschitch deze blinde instulping beschouwd als het einde der 1ste kieuwspleet. Wat het intusschen wel is, valt voorhands niet te beslissen. Deze anomalie is in hoge mate erfelijk. De moeder, evenals een harer broertjes vertoont die fistel aan één oor; het kind en de grootmoeder aan beide ooren.

Bij de overgrootouders was die afwijking niet aanwezig.

Spreker vermeldt verder het volgende belangrijke geval van cervixmyoom.

Pat. 50 jaar, is 28 jaar gehuwd en heeft 14 kinderen ter wereld gebracht, waarvan het laatste 9 jaar geleden. Sinds een jaar bestaat af en toe retentio urinae, die zelfs enkele malen tot uraemische verschijnselen aanleiding gegeven heeft. In den buik is een tumor aanwezig, die tot den navel reikt en bij gecombineerd onderzoek zich in de vagina tot dicht bij de vulva blijkt voort te zetten. Handbreed boven de symph. pubis is een 2e, kleinere tumor te voelen, die bij palpatie in erectie komt en tegen den voorsten buikwand aanstulpt. Duidelijk zijn zijdelings van dien tumor aanhangselen te voelen, die volkomen het karakter van tubae en ovariën vertoonen, zoodat die tweede, kleinere tumor de uterus blijkt te zijn. Het groote gezwel ligt geheel achter den uterus en gaat van de achterlip van het ostium uteri uit. Het eigenaardige in dit geval bestond:

1°. in de enorme grootte (cervixmyoomen toch bereiken zelden eene aanmerkelijke grootte) en 2°. in het feit, dat het myoom niet *in den wand van het corpus uteri* maar *achter* den uterus zich had uitgebreid. Hoewel de operatie groote moeielijkheden beloofde op te leveren, meende

Spr. in het af en toe optreden van uraemische verschijnselen eene voldoende indicatie te zien tot operatief ingrijpen.

De operatie werd verricht op 21 Febr. 1890. Na opening van de buikholte werd het peritoneaalbekleedsel eerst van achteren geincideerd, de boveneinden der ligamenta lata onderbonden en tusschen blaas en uterus het peritoneum gekliefd. Daarna werd aan de achterzijde het peritoneaalbekleedsel zoo diep mogelijk teruggeschoven, aan de vóórzijde de blaas van den tumor geheel losgemaakt en de breede banden rechts en links zoover stomp los gepraepareerd, dat de arteriae uterinae konden onderbonden worden. Terwijl nu een assistent den tumor van uit de vagina opschoof, werd aan de achterzijde van den tumor de vagina geopend en met de schaar de vaginaalwand afgeknipt. Sluiting der vaginaalwond, jodoformgaas-tampon, hechting der buikwond.

Onmiddellijk na de operatie verkeerde pat. in hoogst debielen toestand; de pols was niet te voelen; de temperatuur was gedaald tot 34° C. Door talrijke kamfer-aether-injecties en toediening van digitalis, gelukte het pat. wat te doen bijkomen. Den 3en dag na de operatie begon de buik op te zetten tengevolge van darm-paralyse, die door clysmata van water, het invoeren van darm-sonden en het toedienen van Extract. Calabar aanvankelijk met vrij goed gevolg werd bestreden, zoodat pat. zich iets beter gevoelt en de prognose wat gunstiger is geworden [1]).

Het gewicht van den tumor bedraagt bijna 4 kilogram en de lengte 27 ctm.; de grootste breedte van dat gedeelte van het gezwel, dat in den buik is gelegen, is 15½ ctm. en van het in de vagina gelegen gedeelte 13 ctm.

Dr. Mendes de Leon vraagt, of in dergelijke gevallen het niet mogelijk zou zijn den tumor door electrolyse te doen verkleinen. Misschien had de galvanopunctuur in casu vermindering in omvang van het gezwel kunnen teweegbrengen.

Prof. Treub repliceert, dat door bezwaren van localen aard de electrolyse moeielijk in het door hem medegedeelde geval kon worden toegepast. Wat hij intusschen door eigen aanschouwing van de methode van Apostoli heeft gezien, is niet van dien aard, om veel vertrouwen te krijgen in die wijze van behandeling. De galvanopunctuur, die hier alleen in aanmerking zou kunnen komen, acht hij bovendien zeer gevaarlijk, daar een necrotische haard in den tumor met de buitenwereld in communicatie wordt gebracht. Vele gevallen van doodelijken afloop zijn dan ook bij deze behandelingswijze voorgekomen. Bovendien bestond in het medegedeelde geval periculum in mora en dan is zeker van de methode van Apostoli niets te verwachten.

Dr. Mendes de Leon zegt, dat hij in de gelegenheid is geweest de ziektegeschiedenissen van Apostoli na te gaan en daaruit de overtuiging heeft gekregen, dat die methode nu en dan goede resultaten heeft aan te wijzen. Hij wenscht haar evenwel alleen toe te passen in gevallen, waarbij verwijdering van den tumor onmogelijk of zeer moeielijk is. Hij

[1]) Den 6en dag p. o. echter stierf pat. aan darm-paralyse en insufficientie van de valvula mitralis. Bij de sectie werd geene peritonitis en een zeer geringe darmverkleving gevonden (cf. van Stockum, dit Tijdschrift jaargang 1890, pag. 64.).

vraagt of Prof. Treub wel zulke sterke stroomen aanwendt als Apostoli, die tot 300 M. A. gebruikt.

Prof. Treub antwoordt, dat naar zijn, zij het dan ook geringe, ervaring de Hollandsche vrouwen dergelijke sterke stroomen niet kunnen verdragen; hij kon slechts zelden boven de 150 en nooit boven 200 M. A. gaan.

Dr. Mendes de Leon deelt mede, dat eenigen tijd geleden zijne hulp werd ingeroepen bij eene barende, bij wie reeds herhaalde vergeefsche pogingen tot uithaling der vrucht waren verricht. Er bestond verschil van opvatting omtrent de ligging der vrucht; de vroedvrouw hield het voor eene dwarsligging; de tehulp geroepen medici diagnosticeerden eene voetligging met uitzakking van beide handen. Er werd getrokken aan een voet, die afscheurde; daarna werd beproefd de vrucht aan een der andere extremiteiten uit te halen; die extremiteit (de 2e voet) scheurde echter ook af.

Het trekken aan een om den stomp gelegden strop hielp niet.

De hulp van spr. werd toen ingeroepen, hij vond vlak bij de vulva 2 stompen en eene hand; boven de schaambeensverbinding was een hard bolrond deel te voelen, dat sterk imponeerde voor een hoofd; bij den navel was echter ook een groot hard deel te voelen, dat evenzeer den indruk maakte van een hoofd te zijn. Spr. dacht daarom aan een monstruum, omdat de omvang van den buik niet groot genoeg was om gemelli te veronderstellen. Na het terugdringen der hand gelukte de extractie, waardoor een acranius met spina bifida voor den dag werd gehaald. Wat boven de symph. pubis te voelen was geweest, bleek de verbeende hydrorrhachis te zijn.

Het gesprokene wordt toegelicht door het demonstreeren der vrucht, die met de beide afgescheurde voeten op spiritus was gezet.

Dr. Kouwer deelt mede, dat hij in zijne praktijk vele gevallen van vroeggeboorte heeft waargenomen tengevolge van influenza. In een geval ontwikkelde zich eene albuminurie met het colossaal hooge percent-cijfer van $3^1/_2$.

Dr. Kruseman heeft bij vele aan influenza lijdende vrouwen profuse menstruatie en metrorrhagiën zien optreden.

Dr. Mijnlieff heeft ook een geval van abortus en verder in 4 gevallen profuse menstruatie, tengevolge van influenza, waargenomen.

Spreker meent, dat vooral die gevallen van influenza, waarbij de nerveuse verschijnselen op den voorgrond treden, meer tot menorrhagiën en tot metrorrhagiën aanleiding geven dan die vormen, waarbij de ademhalingsorganen en het darmkanaal voornamelijk waren aangedaan.

Arts ten Cate Hoedemaker vermeldt, dat op de gynaecologische afdeeling van het Binnen-gasthuis 4 gevallen van abortus, tengevolge van influenza, werden waargenomen. Eén geval verliep doodelijk, de autopsie constateerde de aanwezigheid van een dubbelzijdige influenza-pneumonie.

Prof. van der Meij voegt hieraan toe, dat van de in de kraaminrichting aanwezige zwangeren een groot aantal door influenza werden aangetast met praedomineerende verschijnselen van den kant der ademhalingsorganen. Bij geen der aangetasten trad de baring vóór het normale einde der zwangerschap in; bij allen verliep de baring, zoowel als het kraambed, zonder stoornis.

Eéne vrouw werd in de kraaminrichting opgenomen, nadat zij in hare woning na een heftigen aanval van influenza, van een ruim 8-maandsch, dood kind was bevallen. Bij hare opneming werd eene linkszijdige pneumonie geconstateerd, die aanvankelijk dreigde ongunstig te verloopen, doch ten slotte met volkomen genezing eindigde.

Prof. Treub heeft geene ervaring opgedaan, omtrent den invloed, dien de influenza uitoefent op het verloop der zwangerschap. Wel heeft hij verscheidene puerperae door de influenza zien aangetast worden; bij die patienten bestond echter geene versterkte lochiaalbloeding. Dit verschijnsel zou volgens Spr. te verklaren zijn uit het verlies van het endometrium in het puerperium. Bij alle acute exanthemen komt eene endometritis haemorrhagica voor; vandaar de metrorrhagiën en de vele gevallen van abortus door die ziekten veroorzaakt.

Dr. Mijnlieff merkt op, dat van de kraamvrouwen, die onder zijne behandeling waren, enkele door de influenza werden aangetast; slechts bij eene puerpera, eene 22jarige secundipara, die van een voldragen levend kind normaal bevallen was, trad den 5den dag post partum een heftige bloeding op, waarvoor geene andere oorzaak was te vinden, dan een voorafgegane aanval van influenza. Nadat de bloeding tot staan was gebracht, verliep het kraambed verder zonder stoornis.

Sprêker deelt verder nog mede, dat hij onlangs een geval heeft waargenomen van een *uterus bipartitus*. Pat. die éénmaal had geaborteerd, beviel vroegtijdig (in de 7e zwangerschapsmaand). Na de uitdrijving van vrucht en placenta, was de eigenaardige vorm van den uterus duidelijk te erkennen.

Vergadering van 2 April 1890.

Voorzitter: Prof. Hector Treub.
Secretaris: Prof. G. H. van der Meij.

Nadat de Voorzitter het nieuwe lid, Dr. Korteweg uit den Haag, heeft welkom geheeten, verkrijgt Prof. van der Meij het woord tot het doen eener mededeeling over *Sectio Caesarea bij Eklampsia gravidarum.*

Den 17den Maart jl., des avonds ten 9 ure, werd op de gynaecologische afdeeling van het Binnen-gasthuis opgenomen Mej. W., verkeerende in bewusteloozen toestand. Van haren man werden de navolgende bijzonderheden omtrent haren toestand vernomen.

Pat. is voor de 1ste maal zwanger en bevindt zich in de 8e lunairmaand. In den loop der 6e maand begonnen de onderste ledematen op te zwellen; de oedemen namen snel toe en verbreidden zich over het geheele lichaam. De buik nam daarbij bijzonder sterk in omvang toe. Pat. leed in hare jeugd aan bloedarmoede en ook volgens uitspraak van haren geneesheer aan nierziekte.

Op 11jarigen leeftijd was de menstruatie opgetreden, die geregeld om de 3 weken terugkeerde, 3 dagen aanhield en met weinig bloedverlies en niet met pijn gepaard ging.

Bij het onderzoek van het abdomen, dat zeer sterk is uitgezet, is niet

zonder moeite door den oedemateusen buikwand de fundus uteri te voelen, die ca 6 ctm. boven den navel staat. Foetale harttonen links te hooren. De labia pudenda zijn sterk oedemateus gezwollen.

Bij inwendig onderzoek wordt gevonden, dat het kleine, ronde ostium ut. externum volkomen gesloten en de port. vaginalis nog 1½ ctm. lang is. Een voorliggend deel is niet te bereiken.

Sterke oedemen van het geheele lichaam. De urine, in uiterst spaarzame hoeveelheid in de blaas voorhanden, is zeer donker van kleur en sterk eiwithoudend; de urine stolt bij het koken nagenoeg volkomen.

Therapie. Inwikkeling in heete lakens; subcutane injectie van 15 milligr. mur. morph., na 3 kwartier herhaald. Anderhalf uur later wordt 1 gram chloralhydraat per rectum toegediend. Desniettegenstaande herhaalden zich de eklamptische aanvallen in steeds heviger mate en volgden zij elkander sneller op.

Met grond kon betwijfeld worden of het spontane afbreken der zwangerschap tijdig genoeg zou plaats vinden, en evenmin scheen het kunstmatig opwekken der baring aangewezen, daar te veel tijd zou verstrijken, alvorens de vrucht was uitgedreven; bovendien was van de middelen ter opwekking der weeënwerkdadigheid een ongunstige invloed op de stuipen te verwachten. Op die gronden besloot spreker de keizersnede te verrichten.

Na doorsnijding van den dikken en sterk oedemateusen buikwand en opening van de peritoneaalholte, ontlastte zich een ontzaglijke hoeveelheid ascites-vloeistof, die de operatie-tafel overstroomde. In de vocht-massa lag de vrij kleine, zeer bewegelijke en uiterst slappe baarmoeder. Na eventratie werd de uterus geincideerd, waarbij bleek, dat de baarmoederwand eveneens oedemateus geinfiltreerd was. De placenta was niet aan de vóórzijde ingeplant. *De hoeveelheid vruchtwater was zeer gering.* De vrucht werd aan de heup geextraheerd en aan de zorgen van Dr. van de Poll toevertrouwd. Geen elastieken ligatuur; slechts digitaalcompressie van den cervix. Het gelukt de bloeding uit den baarmoederwand hierdoor in toom te houden. De verwijdering van de placenta en van de eivliezen was niet gemakkelijk, vooral de vliezen waren zeer adhaerent, zoodat met Péan'sche pincetten grootere en kleinere lappen van eivliezen met daaraan aanhangende decidua werden afgetrokken en verwijderd. De binnenvlakte der baarmoeder verkreeg hierdoor een zeer eigenaardig ruw en oneffen voorkomen. Na reiniging der baarmoederholte, door afwrijving der binnenvlakte met in 5% carbol-solutie gedrenkte wattenproppen, werd de uterus door 8 diepe en 7 oppervlakkige, seromusculaire hechtingen, gesloten.

De bloeding stond hierna volkomen. De uterus bleef echter zeer slap en was door kneding ook niet voldoende tot contractie te brengen. Daar echter noch uit de wond, noch uit de steekkanalen bloed afvloeide en verschijnselen van inwendige bloedsophooping ontbraken, werd de uterus weder in de buikholte gebracht en deze gesloten.

De operatie, die in chloroform-narcose plaats had en door geen eklamptischen aanval werd gestoord, had 50 minuten geduurd.

Het kind van het mannelijk geslacht werd door Dr. van de Poll spoedig tot schreeuwen gebracht.

Diam. bipar. $7^1/_2$ ctm.
» tempor. $6^1/_2$ »
Groote omtrek van het hoofd bedroeg 28.7 ctm.
Midd. » » » » » 27 »
Kleine » » » » » 25.8 »

Lengte 38.5 ctm.; van den navel tot de voetzool 18, van den navel tot schedeldak 20.5 ctm.

Gewicht 1150 gram.

Het mocht, ondanks de uiterste zorg niet gelukken het kind te behouden; den 6en dag p. oper. bezweek het.

Pat. bleef tot 8 unr 's morgens bewusteloos maar had geen aanval van eklampsie meer. Bij het ontwaken was pat. zeer dof en klaagde veel over hoofdpijn.

Het verloop was zeer gunstig. Behalve eene temperatuursstijging tot 38°,5 C. op den 6en dag verliep het kraambed volkomen afebriel. De hoeveelheid urine, die den 1sten dag 750 CC. en den 2en dag 500 CC. bedroeg, steeg den 3en dag tot 1000 en den 4en dag tot 1625 CC.. Onder het gebruik van karnemelk traden veelvuldige dunne ontlastingen op (tot 14 maal in de 24 uur) waardoor het verder onmogelijk werd de hoeveelheid urine te meten. Onder de copieuse dunne ontlasting verdwenen de oedemen snel.

Den 16en dag na hare verlossing kon pat. het bed en 8 dagen later hersteld het gasthuis verlaten. De buikwond was volkomen p. p. i. genezen. Door den zeer geslonken buikwand was de uterus bewegelijk, even boven de schaambeensverbinding te voelen. De urine bevatte nog steeds eene vrij groote hoeveelheid eiwit.

Hoewel Dr. Barnouw, eene afwachtende houding bij eklampsia gravidarum zeer aanbeveelt, acht hij in het medegedeelde geval, waarbij niet het geringste teeken van intredende baring was te bespeuren en de aanvallen in aantal en hevigheid toenamen, de keizersnede aangewezen.

Dr. Korteweg merkt op dat bij de nauwte van het halskanaal gevaar bestond van terughouding der lochiaalsecretie; dit ware te verwijden door een strook jodoform-gaas van uit de baarmoederholte door het halskanaal in de vagina te leiden.

Dr. Nijhoff wijst er op dat door Veit veel grootere doses morphine worden aangewend dan door Prof. van der Meij in het medegedeelde geval zijn gegeven.

Dr. Mendes de Leon vraagt wat bij eene eventueel op nieuw intredende zwangerschap is te wachten; bestaat dan niet gevaar voor een hernieuwd optreden der stuipen?

Prof. van der Meij antwoordt hierop dat dit volstrekt niet zeker is, ook al blijft de oorzaak, die thans tot eklampsie aanleiding gaf, bij eene opvolgende zwangerschap bestaan.

Prof. Treub maakt melding van een dermoïdcystoom van kippeneigrootte, gezeten aan het einde van een tuba, op 2—3 ctm. afstand van het normale ovarium.

Dr. Barnouw vraagt of tegenwoordig in de Leidsche kliniek niet wat vroeg tot het verwijderen der nageboorte wordt overgegaan.

Die vraag doet Spr. naar aanleiding van de bijdrage van den Heer

Schouwman, gepubliceerd in het Ned. Tijds. voor Verloskunde en Gynaecologie IIe Jaargang.

Te vroege verwijdering der secundinae toch is dikwijls een oorzaak van bloeding die dan de tamponnade der uterus-holte noodzakelijk kan maken.

Prof. Treub repliceert dat hij steeds leert met het verwijderen der nageboorte zóo lang te wachten tot de fundus uteri hooger is gaan staan; dan ligt de placenta los en moet eenvoudig uitgedrukt worden (ten onrechte wordt die expressie met den naam van Credeeren bestempeld). Hoewel hij niet elk geval heeft bijgewoond en dus niet voor elk geval persoonlijk kan instaan, wil hij toch verklaren, dat waar in de verhandeling van den Heer Schouwman is vermeld, dat de placenta onmiddellijk na de geboorte van het kind is verwijderd geworden en men dus *niet* heeft *afgewacht*, daarvoor zeker eene *indicatie*, nl. *bloeding* heeft bestaan.

Prof. van der Meij vertoont een dermoïdcyste van het rechter ovarium, die hij dien morgen heeft verwijderd en waarin zich een beenstuk bevindt van den vorm van een onderkaak, voorzien van verscheidene tanden en kiezen.

Vergadering van 30 April 1890,

(gehouden in de «Gynaecologische kliniek» van Dr. Mendes de Leon).

Voorzitter: Prof. T. Halbertsma.
Secretaris: Prof. G. H. van der Meij.

Dr. Mendes de Leon doet mededeeling van de volgende belangrijke gevallen.

Geval 1. Pat. III para, 30 jaar, gehuwd, heeft 6 jaar geleden voor de laatste maal een voldragen levend kind gebaard. Na die bevalling keerden de menses geregeld terug; in Nov. 1888 bleef de menstruatie uit en 4 maanden later voelde pat. duidelijk kindsbewegingen. In de 6e maand der zwangerschap beweert pat. plotseling eene vrij groote hoeveelheid vocht (zooals zij zegt «lendenwater») te hebben verloren, waarna de kindsbewegingen niet meer werden gevoeld. Veertien dagen nadat zij deze voor het laatst had waargenomen, kreeg pat. eene vrij sterke vloeiing, die 4 weken aanhield en waarbij zich geen vrucht of vruchtdeelen, zelfs geen bloedstremsels ontlastten.

Daarna leed pat. gedurende een half jaar aan amenorrhoë.

Langzamerhand verdwenen alle subjectieve zwangerschapsverschijnselen; de buik herkreeg van lieverlede zijn normalen omvang en vorm.

Sedert 3 maanden is de periode weer geregeld verschenen.

Geval 2. Pat., eene ongehuwde 47jarige nullipara, klaagt sinds 3 jaar over pijn in het bovenste gedeelte van den buik en over druk in de maagstreek. De menstruatie was steeds geregeld; in den laatsten tijd werden de intervallen wat korter en keerden de regels om de 3 weken terug. Urinelozing en ontlasting normaal. Bij het onderzoek der urine werden geene abnormale bestanddeelen gevonden. De eetlust was vroeger steeds goed; in den laatsten tijd gebruikte pat. minder voedsel, omdat zij na het eten een gevoel van opzetting en benauwdheid kreeg.

In het midden van den buik, in het epigastrium, bevindt zich een tumor, die ter zijde en van onderen duidelijk is te begrenzen, terwijl de bovenste grens niet is te bepalen. De tumor zet zich onder den ribbenboog voort en biedt het gevoel van fluctuatie aan. Nog zij vermeld, dat pat. een hond hield.

Na mededeeling dezer gevallen noodigt Spreker de aanwezigen uit hem naar de operatie-kamer te vergezellen en aldaar beide patienten in narcose te onderzoeken, aan welk verzoek gaarne wordt voldaan.

Met betrekking tot het 1ste geval wordt geconstateerd, dat in den buik een bewegelijke tumor van zeer ongelijke oppervlakte is te voelen,-waaraan Dr. Otto meende zelfs deelen als van een kind te kunnen onderscheiden. Deze tumor is overal goed af te grenzen en met groot gemak naar boven, naar beneden en naar terzijde te verschuiven.

Bij gecombineerd onderzoek wordt in het kleine bekken gevonden een ronde tumor, die goed af te grenzen is en in vorm en in consistentie op een weinig vergrooten uterus gelijkt; rechts van dezen, mediaan gelegen, tumor is een omschreven weerstand te voelen van de grootte van een manderijn, die met genoemden tumor in onmiddellijken samenhang staat. Aan de linker zijde is geen abnormale weerstand te voelen, evenmin is eenige samenhang aan te toonen tusschen de genoemde in het kleine bekken gelegen tumoren met het gezwel in het epigastrium.

Mede op grond van de anamnese (amenorrhoë, subjectieve zwangerschapssymptomen, enz.) wordt het bestaan eener buitenbaarmoederlijke zwangerschap algemeen als het meest waarschijnlijke aangenomen, hoewel het vreemd voorkomt, dat geen samenhang met de inwendige genitaliën is aan te toonen en evenzeer de ligging der vrucht zoo hoog in de buikholte opvallend mag heeten. De mediaan in het kleine bekken gelegen tumor wordt als de uterus en de rechts daarvan gelegen massa als het matig vergroote rechter ovarium opgevat.

Wat aangaat het 2e geval, zijn allen eenstemmig van oordeel, dat de tumor in niet den geringsten samenhang staat met den uterus of zijne aanhangselen.

Het gevoelen van Dr. Mendes de Leon, dat bedoelde tumor eene mesenteriaalcyste zoude zijn, vindt veel bijval.

Vergadering van 28 Mei 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Mej. Dr. C. van Tussenbroek woont de vergadering als gast bij.

Dr. Mendes de Leon bespreekt de 2 volgende gevallen uit zijne privaat-kliniek. Het eerste geval betreft eene patiente die sedert ongeveer zes jaren een tumor in het kleine bekken heeft gedragen, welke haar, door toenemende buikpijnen en bezwaren bij de urine-loozing, in Maart 1890 gedrongen heeft de kliniek op te zoeken.

In narcose werd bij bimanueel onderzoek in het kleine bekken een tumor gevoeld ter grootte van een kokosnoot, die weinig bewegelijk was,

en een elastischen weerstand bood, als een gespannen cyste. Links naast den tumor lag een kleiner en harder lichaam: het verplaatste en tegen den bekkenwand aangedrukte corpus uteri, zooals bij 't inbrengen van de sonde bleek. Tumor en uterus waren niet nauwkeurig van elkander af te grenzen; bewegingen aan de portio vaginalis meêgedeeld, werden op beiden gelijkelijk overgebracht. — Eene proef-punctie bracht eene vloeistof voor den dag die de kleur had van vrij gesatureerde urine, alkalisch reageerde en microscopisch verschrompelde roode bloedcellen, vrije vetkogeltjes, en ronde met vet volgepropte cellen bevatte.

De diagnose werd gesteld op dermoïd-cyste van het rechter ovarium.

Bij de operatie prolabeerden de darmen zoodanig dat de patiente in de zoogen. Trendelenburg'sche ligging moest worden gebracht. De tumor bleek nu geheel intraligamentair ontwikkeld te zijn, en werd niet zonder moeite, en onder matige bloeding daaruit losgepeld. — Op 't einde van de operatie scheurde de cyste en liet eene stroom van bloederig serum wegvloeien. — Na verwijdering van den tumor werd de zak aan het peritoneum parietale gehecht en met reepen jodoform-gaas opgevuld. In de eerste 24 uur na de operatie trad vrij hevige bloeding op. Pat. voelde zich zwak en braakte veel. De temperatuur bleef evenwel normaal. Na 3 dagen hield 't braken op, en begon pat. zich beter te gevoelen. Dagelijks werden eenige centimeters gaas uit de holte te voorschijn gehaald en afgeknipt. Na 12 dagen werd 't laatste stuk gaas verwijderd, en eenige dagen later was de zak dicht gegranuleerd.

Spr. wijst er op dat door deze methode van tamponneeren met jodoformgaas niet slechts het gevaar van doodelijke nabloeding voorkomen, maar tevens eene uitstekende drainage verkregen wordt. In gevallen als het hier beschrevene heeft hij er meermalen nut van ondervonden.

De tumor bleek bij nader onderzoek uit meerdere met vocht gevulde holten te bestaan. De hoofd-cyste was bij de operatie gescheurd en leeggeloopen. Een tweede kleinere holte bevatte een vloeistof van de kleur en consistentie van dikken room; een gedeelte van den inhoud was gestold tot een klomp vast vet. In de massa dreven talrijke haren van verschillende lengte en dikte; de grootere waren van vrij donker pigment voorzien. De wand van deze cyste vertoonde eene in het lumen uitpuilende verdikking, die uit vast beenweefsel bleek te bestaan, en den vorm van een kies had. Wij hebben hier dus met eene echte dermoïd-cyste te doen.

De tweede laparotomie betreft eveneens eene ovariaal-cyste, maar van veel grooter omvang; de tumor strekte zich uit tot aan den processus ensiformis. Bij het openen van de buikholte kwam het sterk verdikte en gerekte ligamentum latum, van talrijke bloedvaten voorzien, voor den dag. Rechts kwam bij verlenging van de buiksnede, de vrije rand te voorschijn; ook naar links was deze te bereiken. Aan de bovenzijde ging de breede band in het bekleedsel van den tumor over. Bij punctie stroomde een groote hoeveelheid chocolade-kleurige vloeistof naar buiten. Een tweede punctie opende eene kleinere cyste, waaruit eene dikke geelgrijze vloeistof te voorschijn kwam. De tumor werd nu naar buiten gebracht en bleek een cystoom te zijn van het linker ovarium. Aan de achterzijde bestonden eenige adhaesies met de darmen, die voorzichtig werden losgemaakt. — Na de amputatie volgde uit dit laterale einde

van het ligamentum latum eene sterke bloeding, die door omsteking en talrijke onderbindingen tot staan werd gebracht. De buikwond werd met hechtingen naar de Mooij gesloten. De reconvalescentie was ongestoord. P. verliet na 3½ week de kliniek.

Bij nauwkeurige beschouwing van den tumor-wand bleek dat de onderste helft bekleed was met de gladde endotheellaag van het peritoneum; de bovenste helft miste deze bekleeding; de grens viel ongeveer samen met de plaats, waar het ligamentum latum aan den tumor was vastgehecht. De cyste had zich dus blijkbaar half binnen het ligam. half vrij in de buikholte ontwikkeld. De vrije rand van het lig. lat. bevatte een rolronde streng, die voor de tuba werd gehouden. Door het microscopisch onderzoek werd dit vermoeden bevestigd. De tuba had evenwel belangrijke veranderingen ondergaan; het lumen was gereduceerd tot eene uiterst fijne opening; de slijmvlies-plooien waren verdwenen en het epitheel derhalve teruggebracht tot een enkele laag van cellen, die het minimale lumen bekleedde. Daarentegen was de gladde spierlaag van den tuba-wand zeer sterk gehypertrophiëerd. — De vloeistoffen die tijdens de operatie door de punctie der beide cysten voor den dag waren gebracht, werden afzonderlijk microscopisch onderzocht. De geelgrijze vloeistof bestaat uit vetkogels en met vet volgepropte cellen; voorts bevat zij enkele vetnaalden. De chocolade-kleurige vloeistof vertoont talrijke geschrompelde bloedcellen, groote cholestearin-platen, met vetkorrels gevulde ronde cellen en vele dunne, geheel doorschijnende haren.

Mej. Dr. van Tussenbroek demonstreert hierna eenige microscopische praeparaten afkomstig van de in genoemde gevallen door aspiratie verkregen vloeistoffen en van de wanden der beide tumoren. In beide gevallen bestond een overgangsvorm van de gewone cyste in het ovariaalcystoom.

Dr. Mendes de Leon geeft verder verslag van de operatie der beide gevallen die hij in de vorige vergadering heeft gedemonstreerd.

De vermoedelijke graviditas extra-uterina is gebleken inderdaad eene buikzwangerschap te zijn.

Behoudens een vrij breede verkleving met het omentum lag het foetus geheel vrij in de buikholte. Van de navelstreng was geen spoor te ontdekken.

Nadat het foetus verwijderd was, hetgeen na eenige onderbindingen zonder het geringste bloedverlies geschieden kon, werd de tweede tumor opgezocht die de klinische diagnose had gecompliceerd. Deze bleek een oranje-appel groot gezwel te zijn, links naast den uterus gelegen, en met de laterale zijde van het linker ovarium verbonden. Nadat patiente in Trendelenburg'sche ligging was gebracht, werd ook deze tumor afgebonden en verwijderd. Hij is met een gladden wand bekleed en vrij vast op 't aanvoelen. Bij insnijding komt eene sponsachtige massa voor den dag, die vermoeden wekt op placentair-weefsel. Beginnende van de plaats waar de tumor is afgebonden, loopt een rolronde streng met een lumen, dat in de richting van het gezwel voert. Microscopisch blijkt dat deze streng de tuba, en de ronde tumor de necrotische placenta is, die zich klaarblijkelijk in de tuba heeft ontwikkeld. Het geval moet dus, naar Spr.'s meening, worden opgevat als een tubairzwangerschap, waarbij

vermoedelijk door ruptuur van de tuba het foetus vrij in de buikholte is geraakt.

Het ongeveer 6 maanden oude foetus is omsloten door den amnion-zak, waaruit grootendeels het vocht is geresorbeerd. Alleen over het aangezicht welft hij zich nog als een met vocht gevulde blaas; overigens heeft het vlies zich geheel aangesloten aan de vormen van het foetus en is met de epidermis verkleefd. — De patiente herstelde voorspoedig van de operatie, en bevindt zich thans volkomen wel. — Ook van dit geval zal later uitvoeriger mededeeling worden gedaan.

Ook wat het tweede, in de vorige vergadering gedemonstreerde geval betreft, werd de klinische diagnose bevestigd gevonden. Bij de operatie kwam een tumor te voorschijn die zoo innig met de darmen verbonden was, dat er niet alleen geen sprake van exstirpatie kon zijn, maar dat er zelfs geen vrij plekje van den wand groot genoeg te vinden was, om de buikwond te hechten.

Door punctie met een troicart werd daarom de zak geledigd, en na sluiting van de punctie-opening met 3 zijden hechtingen, de buikwond gesloten. De vloeistof is helder geel, reageert alkalisch, en bevat een sediment dat hoofdzakelijk uit kalk-partikels bestaat, en waarin talrijke echinococcus-haken worden gevonden.

Prof. Treub deelt een geval mede van fistula uretero-vaginalis, ontstaan bij eene, door een anderen operateur, verrichte exstirpatio uteri. Vruchtelooze pogingen tot genezing, naar spreker meent eens door directe plastiek en eens door kolpokleisis, waren gedaan.

Tijdens haar verblijf in de kliniek febriciteerde pat. onregelmatig en ging zeer achteruit. Een andere oorzaak dan eene gelegen in de bij den fistuleusen ureter behoorende nier was niet te vinden. Door onderzoek van den blaasinhoud werd de gezondheid van de andere nier geconstateerd en door het inbrengen van sondes à vue door de gedilateerde urethra, aangetoond dat de rechter ureter de fistel vertoonde. De rechter nier werd geexstirpeerd op de in het vorig geval [1]) beschreven wijze. Zooals gediagnosticeerd was, bestond er eene suppuratieve nephritis.

Genezing ongestoord. Koorts na de operatie volkomen verdwenen. Spreker wijst naar aanleiding van dit en het vorige door hem geopereerde geval op de kans, dat bij ureter-fistel suppuratieve nephritis optreedt, die bij gebleken goede gezondheid der andere nier naar zijn meening, eene absolute indicatie voor de nephrectomie oplevert.

Spreker demonstreert vervolgens een toestelletje voor het opwekken der vroeggeboorte, waarvan de uitvoerige beschrijving te vinden is in deze aflevering van het Ned. Tijdschr. v. Verl. en Gyn. pag. 101 sqq.

Ten slotte vertoont Dr. Mendes de Leon een ovariaal-cyste die, zoodra zij zich in het operatie-veld vertoonde, door haar gevlekt en wankleurig voorkomen vermoeden wekte op torsie van den steel. Talrijke uitgebreide en vaatrijke adhaesies aan peritoneum parietale, omentum en darmen compliceerden de operatie. Na punctie van de cyste waarbij eene vuilbruine, vrij dunne, vloeistof werd ontlast, werd de tumor naar buiten gebracht; inderdaad bleek de steel tweemaal getordeerd te zijn; de steel

[1]) V. d. Weerd. Ned. Tijdschrift v. Verl. en Gyn. Jaarg. I pag. 161 sqq.

was hard en vast op 't aanvoelen. Na dubbele onderbinding en amputatie, werden de vaten van den steel met Pacquelin toegeschroeid en de buiknaad aangelegd. — Pat. maakt een ongestoorde reconvalescentie door. — Wat de klinische symptomen van dit geval betreft, verdient opmerking dat Pat. sedert hare laatste bevalling, vóór 5 jaren, nu en dan pijnen in den buik had, maar zich overigens volkomen wèl voelde en zich niet bewust was een gezwel in den buik te hebben. Voor 3 maanden evenwel, kreeg zij plotseling heftige pijnen in den onderbuik, en een hardnekkige obstipatio alvi, die eerst na herhaalde Hegar'sche clysmata tot wijken kon worden gebracht. De behandelende geneesheer meende ileus te moeten constateeren, en werd toen door palpatie van den buik eerst gewaar, dat er zich een groot gezwel in bevond. Uit de aanwezigheid der talrijke en breede adhaesies met de darmen konden, zooals Dr. Nijhoff opmerkte, dan ook gereedelijk de vermelde symptomen worden verklaard, want 't ligt voor de hand om aan te nemen dat door de draaiing van de cyste om hare as, eene tijdelijke inknikking van den darm tot stand was gekomen die eerst na de applicatie van clysmata kon worden opgeheven. Ook dit geval leert hoe wenschelijk het is buik-tumoren, zelfs al veroorzaken zij de patiente weinig last, zoo spoedig mogelijk te amoveeren.

Vergadering van 18 Juni 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Aan de orde wordt gesteld de discussie over de voordracht van Prof. Treub «over de techniek der kunstmatige vroeggeboorte».

Dr. Mendes de Leon wijst er op, dat bij de beschreven methode steeds assistentie noodig is; dit moge geen bezwaar zijn voor ziekenhuizen en klinieken, maar in de praktijk is dit wel het geval.

De door Prof. Treub genomen proeven acht Spr. ook niet geheel afdoende, daar de zwangerschap bij de meeste vrouwen nagenoeg geheel à terme was. De prikkelbaarheid der baarmoeder in de 7e of 8e zwangerschapsmaand is toch zeker veel geringer. Verder toont de vrij sterke bloeding, in één geval voorgekomen, dat de aanwending van het instrument van Prof. Treub niet geheel zonder nadeel is.

Prof. Treub erkent dat zijne methode *zonder* assistentie niet kan worden toegepast. Hij kan daarin echter geen ernstig bezwaar zien; voor de patienten toch, voor wie het bekostigen van 2 geneesheeren te bezwarend zou zijn, staan altijd de klinieken open. Dat zijne proeven niet volkomen bewijzend zijn, wil hij evenzeer toegeven; hij heeft eigenlijk daarmede alleen de uitvoerbaarheid en het ongevaarlijke der methode willen aantoonen.

Wat de bloeding betreft, die in één zijner gevallen is voorgekomen, zoo wijst Spr. er op, dat ook met de bougie, zelfs bij zeer voorzichtig invoeren, eene sterke bloeding kan worden opgewekt. Met het door hem aangegeven instrument is men in staat de bloeding op eenvoudige en afdoende wijze te stelpen, daar het sterk opgespoten condoom een nagenoeg volkomen tamponnade teweegbrengt.

Spr. wijst er nog op, dat dit toestel zeer goedkoop is en voor elk nieuw geval derhalve, zonder geldelijk bezwaar, een nieuw instrument kan worden aangewend.

Dr. Nijhoff wijst op de gunstige resultaten, door Carl Braun te Weenen verkregen met de punctie der eivliezen; volgens Spr. is men te veel beheerscht door de leer van het gevaar der droge baring, welke meening door Prof. van der Meij en Dr. Barnouw wordt bestreden.

Prof. van der Meij zegt dat bij het betrekkelijk geringe aantal der gevallen, waarin het opwekken der vroeggeboorte is aangewezen, het moeielijk valt zich een zelfstandig oordeel te vormen over de vergelijkende waarde der verschillende methoden. Hij voor zich heeft steeds gebruik gemaakt van de zoogen. Krause'sche (gewijzigde Lehmann'sche) methode, en daarmede in het algemeen gunstige resultaten verkregen. Ook hem is het opgevallen, dat in den lateren tijd — hoogstwaarschijnlijk ten gevolge van de nauwkeurige desinfectie der uit- en inwendige genitaliën vóor het inbrengen der bougie — die methode met minder gunstig gevolg werd toegepast. Intusschen heeft hij, korten tijd geleden, in 2 gevallen de baring spoedig na het catheteriseeren van den uterus zien intreden, hoewel in beide gevallen de antiseptische voorzorgsmaatregelen nauwkeurig waren inachtgenomen.

In antwoord op een vraag van Dr. v. d. Poll zegt Prof. Treub dat, naar zijne meening, de werking van het door hem beschreven toestel berust gedeeltelijk op het losmaken der eivliezen, gedeeltelijk op de opzetting van het condoom.

EEN EN ANDER OVER DERMOID-CYSTEN VAN HET OVARIUM.

DOOR

Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Op den 21sten Maart jongstleden werd door Dr Mendes de Leon in zijne gynaecologische kliniek eene dermoid-cyste verwijderd, die histologisch eenige bijzonderheden aanbiedt, en ook klinisch eene korte bespreking verdient.

Aan de historia morbi die mij, met den tumor, door Dr. Mendes vriendschappelijk ter beschikking werd gesteld, ontleen ik de volgende bijzonderheden:

Patiente, eene ongehuwde nullipara, had tien jaren geleden een abortus, waaromtrent niets naders is bekend geworden.

Voor zes jaren stelde zij zich onder behandeling met klachten over pijn in de linkerzijde van den buik, en stoornissen in de urine-loozing. Een tumor, ter grootte van een sinaas-appel, werd mediaan in 't kleine bekken gevonden; links daarvan was verhoogde weerstand te voelen. Door sterke spanning van de buikspieren was het palpeeren der ovaria onmogelijk. Fluctuatie kon niet worden aangetoond. Deze gegevens waren voor het stellen eener diagnose onvoldoende, maar wekten vermoeden op een myoma uteri.

Gedurende zes jaren liet patiente niets van zich hooren. In 't begin van Maart 1890 kwam zij terug met allerhevigste pijnen in den onderbuik, die vóór zes weken plotseling onder koorts en metrorrhagie waren opgetreden. Twaalf dagen lang ontlastte patiente per vaginam bloed en coagula. De urine-loozing was verlangzaamd en pijnlijk. Patiente zag er anaemisch en vermagerd uit, en kon nauwelijks loopen.

Het onderzoek, dat in chloroform-narkose werd verricht, leverde de volgende bijzonderheden op:

Vrij wel mediaan in 't bekken bevindt zich een tumor ter grootte van een kokosnoot, die bij bimanueel onderzoek boven de symphysis pubis is te voelen, en op den tastenden vinger een elastischen indruk maakt, als een gespannen cyste. Links vóór den tumor ligt een kleiner en harder lichaam, dat voor 't corpus uteri wordt gehouden; welk vermoeden bij 't inbrengen van de sonde tot zekerheid wordt. Tusschen tumor en uterus is geen duidelijke afscheiding te voelen; bewegingen, aan de portio medegedeeld, worden op beide gelijkelijk overgebracht. Punctie van den tumor brengt een vrij donkerkleurig serum voor den dag, dat alkalisch reageert, en bij mikroskopisch onderzoek geschrompelde roode bloedcellen, kleine vrije vetkogeltjes en ronde, met vet volgepropte cellen bevat, die

veel op colostrum-bollen gelijken. De diagnose wordt gesteld op een intraligamentaire cyste.

Vier dagen later wordt de tumor geëxstirpeerd. Onmiddellijk na de buiksnede komen de intestina naar buiten, zoodat patiente in Trendelenburg'sche ligging moet worden gebracht. De tumor wordt nu toegankelijk, en blijkt inderdaad geheel tusschen de bladen van 't ligamentum latum te zitten. Het verdikte ligament wordt door eene voorzichtige incisie gespleten, en de tumor, ongeopend, met de vingers losgepeld. Op 't einde van deze bewerking scheurt de dunne cyste-wand, en laat een stroom van bloederig serum wegvloeien, geheel gelijkend op de door punctie verkregen vloeistof. De zak, waaruit de cyste is losgepeld, wordt nu aan den buikwand gehecht, en met strooken jodoform-gaas opgevuld.

Het genezingsproces verliep zoo voorspoedig, als men wenschen en verwachten kon.

De geëxstirpeerde tumor blijkt bij nader onderzoek, behalve de cyste die tijdens de operatie is gescheurd, nog meerdere kleinere, met vocht gevulde holten te bevatten.

De wand der hoofdcyste is op vele plaatsen niet meer dan ¼ m.M. dik, en vertoont tabekels, die aan het slijmvlies van de blaas doen denken. Een kleinere cyste, met een wand, die op sommige plaatsen dun is als papier, laat bij opening eene vloeistof wegstroomen van de kleur en consistentie van dikken room; een gedeelte van den inhoud is gestold tot een klomp vast vet. In de massa drijven talrijke haren, meerendeels van vrij donker pigment voorzien. De wand van deze cyste vertoont eene in 't lumen uitpuilende verdikking, die uit vast beenweefsel blijkt te bestaan, en den vorm van een kies heeft. Dit beenig uitsteeksel is door eene dunne laag epithelium bedekt, waarin fijne bloedvaatjes loopen.

Naast de beide beschreven holten bevat onze tumor nog andere van geringer omvang, die geen haren of tanden, maar wèl vethoudende cellen en vrije vetkogeltjes insluiten. Een der kleinste cysten, met hel-gelen inhoud, bevat ook vet in gekristalliseerden toestand.

De vloeistof uit de tanden-dragende cyste bevat mikroskopisch:
haren,
ronde, met vetkorrels gevulde cellen,
platte cellen, eveneens met vet gevuld,
vrije vetkogeltjes,
cholestearin-platen,
vetnaalden.

Plaat VII, fig. 1 stelt deze bestanddeelen bij zwakke vergrooting voor. In fig. 4 van dezelfde plaat is een dezer haren bij sterke vergrooting geteekend.

Onze tumor moet dus worden opgevat als eene multipele dermoid-cyste. Patiente mag zich te meer geluk wenschen van haar ontslagen te zijn, daar het doorbreken van dermoid-cysten in de blaas niet tot de zeldzaamheden behoort, en bezwaren bij de urine-loozing in haar geval reeds waren opgetreden.

De vraag doet zich nu voor: vanwaar heeft deze tumor zijn oorsprong genomen?

M. Sänger te Leipzig heeft onlangs[1]) het bestaan van zelfstandige dermoid-cysten in 't bekken-bindweefsel aangetoond. Dezen oorsprong kunnen wij voor ons geval met beslistheid uitsluiten. Immers, de bekkenbindweefsel-dermoiden ontwikkelen zich hoofdzakelijk in de richting van 't perineum, en voor zooverre zij zich in 't kleine bekken uitbreiden, dringen zij toch nooit tusschen de bladen van 't ligamentum latum binnen, maar verplaatsen den uterus en zijne adnexa eenvoudig naar boven of naar de tegengestelde zijde. Daarenboven zijn de door Sänger bedoelde cysten in den regel éénkamerig; bezitten althans nooit den gecompliceerden bouw, waardoor onze tumor zich kenmerkt. De ontwikkeling van onze cyste kan dus alleen worden afgeleid hetzij van 't ovarium, hetzij van het parovarium; en tusschen deze beide is de beslissing niet zoo eenvoudig. Dat bij de operatie het linker ovarium niet in 't gezicht is gekomen, bewijst niet veel, daar ook de tuba zich schuil hield; — en aan den uitgepelden tumor was natuurlijk van uterus-adnexa niets waar te nemen.

Ter wille van het mikroskopisch onderzoek werden verschillende gedeelten van den tumor gehard, aanvankelijk in sublimaat[2]), en daarna in alkohol absol. De stukjes werden in paraffine ingesloten, en de met het mikrotoom vervaardigde coupes met haematoxylin gekleurd.

De wand van de holte met tanden en haren gaf, zooals te verwachten was, onder 't mikroskoop eene dermoide structuur te aanschouwen. Toch stelden de eerste coupes, die ik onderzocht, mij in dit opzicht eenigermate teleur. Immers, het eenige wat in deze doorsneden aan huidvorming denken doet, is verhoorning aan de oppervlakte van het in meerdere lagen gerangschikt epitheel; de diepere cellen zijn minder plat, en hunne kernen kleuren zich behoorlijk met haematoxylin, waardoor een beeld ontstaat, dat eenigermate aan epidermis herinnert; van een goed ontwikkeld rete Malpighii met een diepste laag van regelmatig gerangschikte cilinder-cellen is evenwel geen sprake. Evenmin is een corpus papillare voorhanden. Het onder 't epitheel gelegen bindweefsel is los, en bestaat uit onregelmatige strengen van fibrillen; meer naar de diepte wordt het veel rijker aan cellen en bloedvaten. Vetweefsel, haren en klieren ontbreken ten eenenmale. Het epitheel van deze coupe bevat, bij sterke vergrooting bezien, zoowel in de diepe als in de meer oppervlakkige lagen kleine vetdruppels.

Op andere plekken ontbreekt de epitheel-verhoorning, en vindt men niets dan bindweefsel met eene onregelmatige epitheel-bekleeding, die meestal in meerdere lagen aanwezig is, en soms het karakter van plaveiepitheel aanneemt; op enkele plaatsen ontbreekt zij geheel. De wand bestaat uit vrij vast fibrillair bindweefsel en is sterk geplooid; waar twee wandplooien elkaar drukken, verkleven zij somtijds en geven zoo aanleiding tot het ontstaan van nevencysten, die bekleed zijn met een vrij regelmatig, meerlagig epitheel, dat meestal beter bewaard is dan in de hoofdcyste, hetgeen misschien uit verschil in drukking te verklaren is. In enkele dezer secundaire cysten is het epitheel te gronde gegaan.

---

[1]) Archiv f. Gynaec. v. Credé. 1890.

[2]) En wel eene 5°/₀ oplossing van sublimaat in eene physiologische keukenzout-solutie.

Een groot gedeelte van den wand geeft deze of dergelijke beelden.

Meer karakteristieke bestanddeelen vond ik, toen ik een stukje tot onderzoek koos, dat in de onmiddellijke nabijheid van de kies gelegen was. Doorsneden door deze plek geven de volgende bijzonderheden te aanschouwen: Talrijke, buitengewoon ontwikkelde smeerklieren, in groepen bijeen gelegen dicht onder het epitheel dat de oppervlakte bekleedt; in verbinding daarmede haren, die in verhouding veel kleiner zijn, maar normale structuur bezitten. De smeerklieren vertoonen deels vettige degeneratie van de centraal gelegen cellen, deels schijnt het centrum de zetel te zijn van eene hoornige metamorphose. In de buurt van klieren en haren worden bundels glad spierweefsel aangetroffen, die voor een gedeelte misschien als arrectores pili moeten worden opgevat. Het bedekkend epitheel is in meerdere lagen aanwezig. Evenals bij de huid, worden ook hier de cellen platter, naarmate ze meer aan de oppervlakte zijn gelegen. De hoornlaag ontbreekt op de meeste plaatsen; slechts hier en daar, vooral waar de oppervlakte bochten en instulpingen vertoont, is een duidelijk stratum corneum aanwezig, soms met vorming van echte epitheel-parels. Het subcutane bindweefsel is schraal vertegenwoordigd, daar de klierlaag onmiddellijk onder 't bedekkend epitheel gelegen is. Papillen ontbreken.

Een ander coupe, op ongeveer een millimeter afstands van de vorige genomen, geeft een geheel ander beeld te aanschouwen. Smeerklieren worden hier slechts spaarzaam aangetroffen; daarentegen vinden we een grooten rijkdom van zweetklieren, die deels door bindweefsel, deels door vetkwabjes zijn omringd. De buisjes zijn sterk geslingerd, zoodat hier en daar zeer gecompliceerde kluwens ontstaan. Kluwens en uitvoeringsgangen zijn meerendeels door krachtig ontwikkelde bundels van glad spierweefsel omgeven. Bovendien liggen in deze doorsnede groepen van gladde spierbundels, op de onregelmatigste wijze door elkander gevlochten, zoodat beelden ontstaan, die aan het weefsel van uterus-myomen doen denken.

In hetzelfde praeparaat vinden we een plekje, dat aanvankelijk voor hyaline-kraakbeen wordt gehouden. Nader onderzoek en vergelijking met glycerine-praeparaten leert, dat het gewaande stukje kraakbeen niets is dan een kleine nevencyste met colloiden inhoud, die door de hardingsvloeistof tot een vaste hyaline-massa is gestold en meerdere afgestooten cellen insluit, wier protoplasma, doorschijnend gemaakt in den Canadabalsem, voor kraakbeenkapsels imponeerde.

Een doorsnede op korten afstand van de vorige bestaat geheel uit dergelijke kleine cysten, die eene fraaie bekleeding van ééne laag cilinderepitheel bezitten, en slechts door uiterst dunne bindweefselstrengen van elkaar gescheiden zijn. In de nabijheid dezer cysten wordt een stukje uiterst vast, verkalkt weefsel gevonden; of het werkelijk de structuur van beenweefsel bezit, kon nog niet worden uitgemaakt, daar de ontkalking veel tijd vordert.

Wat in de beschreven praeparaten het meest de aandacht trekt, is de groepsgewijze opeenhooping van gelijksoortige elementen. Hierdoor verklaart het zich dat, ofschoon verhoornd epitheel, smeer- en zweetklieren benevens gladde spierbundels en vetweefsel rijkelijk vertegenwoordigd zijn, toch nergens het beeld van een normale huid ontstaat.

Nog één gedeelte van de dermoid-cyste verdient opzettelijke bespreking. Plaat VIII fig. 1 geeft eene doorsnede door dit plekje weer. Het stelt een stukje van den wand voor, waarin eene kleine nevencyste is besloten. In deze nevencyste waren met het bloote oog een aantal korte, in den wand vastgehechte haren te zien. Daar de richting dezer haren bijna parallel liep met de binnenvlakte van de cyste, werden zij op doorsnede allen dwars of schuin getroffen. Slechts op een paar plekken werd de papil geraakt.

De hoofdmassa van den wand bestaat uit bindweefsel. Hiervan zijn duidelijk twee lagen te onderscheiden, n.l. eene laag die zeer rijk is aan cellen, en talrijke bloed- en lymphvaten bevat *d*, en eene celarme laag *c*, die door de kleine nevencyste in twee deelen wordt gesplitst. De celarme laag *c* is naar 't lumen van de dermoid-cyste gekeerd, en bekleed met een uiterst plat epitheel *a*, dat op de meeste plaatsen in meerdere lagen aanwezig is.

Merkwaardig is de verscheidenheid van epitheel in de nevencyste; meestal in ééne laag aanwezig en plat bij *b'*, is het cilindrisch bij *b''* en draagt bij *b'''* fraaie trilharen. Bij *b* zijn meerdere lagen van epitheel aanwezig, wier rangschikking evenwel in geen opzicht aan epidermis herinnert. Op plaat VIII fig. 2 is het trilhaar-epitheel bij sterke vergrooting afgebeeld. Fig. 3 van dezelfde plaat geeft bij sterke vergrooting een plekje weer, waar het cilinder-epitheel plotseling in plavei-epitheel overgaat. In de holte van de nevencyste (zie plaat VIII fig. 1) worden bij *f* talrijke doorsneden van haren aangetroffen. Bij *h* is de gestolde cysten-inhoud voorgesteld, waarin verscheiden bleeke, ronde plekken zijn gelegen (*j*), klaarblijkelijk lacunen, waaruit het vet, door de wijze van praepareeren, is uitgetrokken.

Opmerking verdient dat, met uitzondering van de haren, in deze coupe geen enkel histologisch kenmerk van dermoide structuur wordt waargenomen. Dit geldt niet slechts voor de doorsnede, waaraan de teekening is ontleend, maar voor de geheele nevencyste, zooals uit vergelijking van talrijke coupes blijkt.

Het plavei-epitheel, dat de groote dermoid-cyste begrenst, is in fig. 4*a* van plaat VIII bij sterke vergrooting voorgesteld. Onder dit epitheel is eene doorschijnende laag gelegen van celarm fibrillair bindweefsel *b*, waarin een lymphvat *c* met gestolde lymphe en eenige witte bloedcellen.

De hierboven vermelde histologische bestanddeelen zijn dezelfde, waaruit de wand eener dermoid-cyste in den regel is opgebouwd. Minder algemeen voorkomende weefsels, als: dwarsgestreepte spierbundels [1]), zenuwweefsel [2]), nagels [3]), zogklieren [4]), rudimentaire oogen [5]), kliervormingen,

---

[1]) Arnold, Ueber behaarte Polypen der Rachen-Mundhöhle. Virchow's Archiv, Bd. 111.

[2]) Danzel, Archiv f. klin. Chir. Bd. 17; Arnold l. c.; Neumann, Virchow's Archiv Bd. 104.

[3]) Cruveilhier, Anat. pathol., liv. XVIII.

[4]) Hafftor, Arch. d. Heilkunde v. Wagner 1875, vond rudimentaire zogklieren; Velitz, Virchow's Arch. Bd. 107 eene normaal ontwikkelde jonkvrouwelijke mamma in een ovariaal-gezwel.

[5]) Baumgarten, Virchow's Arch. Bd. 107.

die aan maag en darmen herinneren [1]), worden in mijne praeparaten niet aangetroffen. Evenmin kon ik resten van ovariaal-weefsel ontdekken. De vraag omtrent den ovarialen of parovarialen oorsprong van onzen tumor blijft dus onopgelost. Zijn gecompliceerde bouw doet mij evenwel tot de eerste voorstelling overhellen.

De hoofdcyste, wier inhoud uit bloederig serum en vethoudende, ronde cellen bestond, gaf makroskopisch geenerlei aanleiding om dermoide structuur te verwachten.

Bij mikroskopisch onderzoek blijkt de wand in hoofdzaak uit celrijk bindweefsel te bestaan, ten deele bekleed met ééne laag van epitheelcellen, die in het bindweefsel meerdere oppervlakkige instulpingen vormen, waaruit kleine nevencysten ontstaan met colloiden inhoud. Op andere plaatsen ontbreekt het bedekkend epitheel, zoodat het bindweefsel bloot ligt. Nog andere coupes geven, als begrenzing van 't lumen der cyste, verwarde celophoopingen te aanschouwen die ik, na vergelijking van vele dergelijke doorsneden, meen te moeten opvatten als een meerlagig epitheel, dat geheel overstroomd is van kleinkernige cellen, vermoedelijk grootendeels leukocyten. Men vindt hier het afgestooten, met cellen geïnfiltreerde epitheel bij geheele lappen vrij in de holte liggend. Tusschen 't epitheel bevinden zich enkele grootere cellen, wier protoplasma talrijke bruine korrels bevat, vermoedelijk bloed-pigment, afkomstig van kleine bloedingen in 't weefsel. Het bindweefsel onder 't epitheel is eveneens sterk geïnfiltreerd.

De doorsneden, die deze beelden te aanschouwen geven, zijn nog in een ander opzicht merkwaardig; zij bevatten namelijk talrijke bundels van glad spierweefsel, die zich waaiervormig uitbreiden in eene kleincellig geïnfiltreerde bindweefsellaag.

Haren, smeer- of zweetklieren worden in den wand dezer holte niet aangetroffen. Wij hebben dus geen recht, haar tot de dermoid-cysten te brengen, maar evenmin kunnen wij haar onder de gewone glandulaire eierstokscysten rekenen; immers daarvan onderscheidt zij zich in velerlei opzicht. In de eerste plaats is de vorm van 't epitheel geheel verschillend van het regelmatig gerangschikt, hoog cilinder-epithelium, dat in glandulaire kystomen den wand pleegt te bekleeden. In onze holte zijn de cellen laag, ter nauwernood de hoogte der kernen met een smal randje protoplasma overtreffend; voorts zijn de kernen niet zoodanig gelegen dat hunne lengte-as loodrecht staat op de binnenvlakte van de cyste, maar zij liggen op onregelmatige wijze schuin of dwars in de cel. Ook in de onvolledigheid en ongelijkmatigheid van de epitheel-bekleeding is een punt van verschil met de glandulaire kystomen gelegen. Eindelijk komt ook de onregelmatige structuur van den wand in aanmerking, met ordeloos gerangschikte bindweefsel-bundels, talrijke dichte kleincellige infiltraten en machtige woekeringen van glad spierweefsel. Vooral deze laatste bijzonderheid doet onze holte inderdaad tot de structuur eener dermoidcyste naderen.

Herinneren wij ons den bouw van de kleine nevencyste die op plaat VIII fig. 1 is afgebeeld; waar een bijna volledige bekleeding met cilinder- en

[1]) Baumgarten, ibid.; Neumann l. c.

trilepitheel gepaard gaat met de aanwezigheid van talrijke haren, terwijl verdere kenmerken van dermoide structuur ontbreken, dan komen wij tot de conclusie, dat zoowel deze kleine nevencyste als de hoofdcyste moeten opgevat worden als overgangsvormen van den typus der dermoide tot dien der myxoide kystomen.

Het bestaan dezer overgangsvormen was mij niet bekend. Ik zocht dus de literatuur na en vond, naast de overheerschende voorstelling dat de dermoid-cysten onder de nieuwvormingen van 't ovarium een geheel afzonderlijke plaats bekleeden, toch hier en daar de gedachte aan een tusschenvorm doorschemeren.

Zoo vermeldt reeds Lebert[1]) dat hij niet zelden in multiloculaire ovariaal-cysten, naast holten met echt dermoiden inhoud, andere aantrof die een meer sereuse of colloid-achtige vloeistof bevatten.

Virchow[2]) vond dermoid-cysten naast trilhaarepitheel-cysten, Eichwald[3]) in verbinding met cilindercellen-adenoom.

Door Meckel, Cruveilhier en Kiwisch zijn complicaties met colloid-cysten aangetroffen[4]).

Een zeer interessante waarneming deelt Friedländer[5]) mede. Hij constateerde namelijk het ontstaan van secundaire cysten uit haarzakjes, smeer- en zweetklieren, de laatste met sero-mukeuse vloeistof en trilhaar-epitheel, de eerste met vettigen, celrijken inhoud. Daar deze secundaire cysten zoodanig in omvang kunnen toenemen, dat zij de hoofdmassa van den tumor uitmaken, vindt hij hierin eene verklaring voor het gecombineerd voorkomen van colloid- en dermoid-cysten.

Deze verklaring, die trouwens door Friedländer niet als de eenig geldige wordt voorgesteld, is op ons geval zeker niet van toepassing. Immers, de secundaire cysten die op talrijke plaatsen in den wand van onzen tumor worden aangetroffen, hebben met klieren niets te maken, en zijn klaarblijkelijk hun aanzijn verplicht aan instulpingen van het bedekkend epitheel; ten deele ook aan samenkleving van twee elkaar drukkende wandplooien.

Het ontstaan van secundaire cysten uit zweetklieren vinden wij ook bij Haffter[6]) vermeld.

Baumgarten[7]) verhaalt van een dermoid-cyste, die een der afdeelingen uitmaakte van een kystoma ovarii glandulare.

Door Neumann[8]) werd in één zelfde cyste plavei-epitheel en trilhaar-epitheel aangetroffen.

Naast deze en dergelijke losse aanduidingen, vond ik slechts bij één schrijver het bestaan van gemengde cysten opzettelijk vermeld, en tot een voorwerp van bijzondere studie gemaakt, namelijk bij Poupinel[9]), die

---

1) Prager Vierteljahrschrift f. d. praktische Heilkunde 1858.
2) Würzbürger med. Zeitschr. Bd. V.
3) Berliner klin. Wochenschrift 1872.
4) Zie bij Haffter, Archiv d. Heilkunde 1875.
5) Virchow's Archiv, Bd. 56.
6) Zie Haffter l. c.
7) Virchow's Archiv, Bd. 107.
8) Virchow's Archiv, Bd. 104.
9) Archives de Physiol. normale et pathologique. 1887.

een reeks van acht gevallen uitvoerig onderzocht en beschreef. Behalve zijne eigene acht gevallen bracht Poupinel er nog negen en vijftig uit de literatuur bijeen, die hij onder zijne «tumeurs mixtes» meent te mogen rangschikken. Poupinel wijst er met nadruk op, dat de gemengde cysten niet onschuldig zijn, daar zij metastasen kunnen vormen, die een carcinomateus karakter dragen [1]).

Zich aansluitend bij het onderzoek van den hierboven beschreven tumor, trok een tweede ovariaal-cyste mijn aandacht, die op den 24sten Maart, eveneens in de gynaecologische kliniek van Dr. Mendes de Leon, werd geëxstirpeerd [2]). Ook deze was uit meerdere holten samengesteld, die verschillenden inhoud vertoonden. De grootste, die tijdens de operatie werd gepuncteerd, ontlastte eene groote hoeveelheid chocolade-kleurige vloeistof, die bij mikroskopisch onderzoek het volgende te aanschouwen gaf:

talrijke roode bloedcellen, meerendeels geschrompeld en afgebrokkeld,
ettercellen,
groote cholestearin-platen,
met vet volgepropte, ronde cellen, en
rudimentaire haren.

Een tweede, kleinere cyste, deed bij punctie een dikke, geelgrijze vloeistof te voorschijn komen, die uit vetbolletjes en met vet volgepropte cellen van verschillende grootte bestond. Voorts bevatte zij vetnaalden.

Na eenige uren rustig te hebben gestaan, bedekten beide vloeistoffen zich met eene glinsterende laag gekristalliseerd vet, zonder evenwel tot een vaste massa te stollen.

De beide holten zijn op hunne binnenvlakte met onregelmatig verspreide, papillaire woekeringen bezet. In de grootste vindt men een vrij vast klevend, groenachtig beslag, terwijl ook de wand zelf een groenachtige verkleuring vertoont. Een derde cyste heeft een geheel gladden binnenwand; de vloeistof, waarschijnlijk helder serum, was tijdens de operatie weggevloeid en kon dus niet worden onderzocht.

Zoowel van de grootste cyste met chocolade-kleurige vloeistof als van die met geelgrijzen inhoud, werden verschillende plekken mikroskopisch onderzocht.

Overal blijkt de wand uit fibrillair bindweefsel te bestaan, dat hier wat armer, ginds wat rijker aan cellen is, en tamelijk veel bloedvaten bevat, maar overigens geene bijzonderheden aanbiedt. De hoofdcystewand vertoont in zijn weefsel uitgebreide diffuse bloedingen. eene verklaring voor de vuilgroene tint, die de binnenvlakte makroskopisch te aanschouwen gaf.

De papillaire woekeringen zijn opgebouwd uit hetzelfde bindweefsel dat den wand vormt, en bedekt met een cilindrisch epithelium. Als regel is

---

[1]) Hetzelfde geldt van de echte dermoid-cysten; — vergelijk hierover Kramer, Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynaec. Bd. XVIII —, en eveneens voor de papillair-kystomen met trilhaar-epitheel, zie Velitz, Zeitschr. f. Geburtsh. Bd. XVII.

[2]) Klinische bijzonderheden omtrent dit geval zijn vermeld in het verslag van de Mei-vergadering van de Gynaecol. vereeniging, 1890.

dit epitheel slechts in ééne laag voorhanden; of dit overal het geval is, valt moeielijk te beoordeelen, daar bij dergelijke, onregelmatig gevormde papillen het epitheel gewoonlijk scheef door het mes wordt getroffen, waardoor een beeld ontstaat, dat voor een meerlagig epitheel imponeert. In de cyste met geelgrijzen inhoud, waar de papillen 't sterkst ontwikkeld zijn, draagt het cilinder epitheel fraaie trilharen [1]).

De wand der hoofdcyste vertoont, naast de papillaire ook enkele glandulaire woekeringen; soms ook een combinatie van beiden, waar, in een papillaire bindweefselvorming, woekering van epitheel-buizen optreedt. Smeer- of zweetklieren trof ik nergens aan, evenmin vetkwabjes of spierweefsel.

Mikroskopisch kleine haren vond ik in de meeste coupes, maar vrijliggend, niet in het weefsel bevestigd, zoodat eene toevallige verontreiniging niet kan worden uitgesloten. In verband met het feit dat in den cysten-inhoud deze haren in vrij groot aantal werden aangetroffen, houd ik het evenwel voor waarschijnlijk, dat zij werkelijk in de cyste zijn gevormd. Dat het niet gelukte, hun oorsprongsplaats op te sporen, kan bij den grooten omvang van onzen tumor geen verwondering baren, te minder daar de dermoide structuur, zelfs in holten, die tot de echte dermoid-cysten moeten gerekend worden, menigmaal tot een klein gedeelte van den wand is beperkt.

Vermelding verdient nog, dat sommige dezer haren een geheel atypischen bouw vertoonen. Zij zien er uit, alsof ze uit kleine stukjes zijn saamgeplakt, wier aanhechtingsplaats soms eene verdikking vertoont (zie plaat VII fig. 3). Reeds Haffter zag in dermoid-cysten deze atypische haren, die hij met bamboesriet vergelijkt, en wier eigenaardigen vorm hij uit onregelmatige verhoorning tracht te verklaren [2]). Meestal zijn ze geheel doorschijnend en mergloos; soms bevatten ze over eene kleine uitgestrektheid mergcellen. Pigment vond ik in deze haren nooit; evenmin is de oppervlakte van duidelijke schubjes voorzien.

Het mikroskopisch onderzoek van wand en inhoud te zamen genomen, komt het mij voor dat wij in dezen tumor een dier overgangsvormen tusschen dermoid- en myxoid-kystomen moeten zien, die zich het naast bij de laatste aansluiten.

Anders is het gesteld met twee ovariaal-tumoren, die mij door prof. Treub welwillend ter onderzoek werden afgestaan. Beide zijn van dezelfde patiente afkomstig, wier ééne ovarium zich tot een kolossaal multipel kystoom met dermoiden inhoud had ontwikkeld, terwijl het tweede veranderd was in een éénkamerigen, dunwandigen zak, die, vóór de inhoud was weggevloeid, de grootte van een kleinen appel kan hebben gehad.

---

[1]) Desiderius von Velitz (zie l. c.) wijst er op, dat trilhaar-papillair-kystomen in verbinding met dermoid kunnen voorkomen. Hij wil deze kystomen als een zelfstandige soort van de gewone papillaire en glandulaire eierstokscysten afscheiden, en ze een afzonderlijke genese toekennen, nl. uit den Graafschen Follikel.

[2]) Volgens Haffter, l. c., scheurt bij de retractie, waarmede de verhoorning gepaard gaat, het haar zich los van het niet verhoornde epitheel-hoopje in de papil, dat zijnerzijds later weer tot een haar uitgroeit, zich daarbij in 't afgescheurde stuk inboort, en dit omhoog schuift.

De hoofdcyste van den grooten tumor biedt makroskopisch weinig kenmerken aan van dermoide structuur. Zooals zij zich, na eenige maanden in alkohol te hebben gelegen, bij 't eerste onderzoek aan mij voordeed, zou ik haar ter nauwernood voor eene dermoid-cyste hebben aangezien, als niet een plekje van den wand drie kleine melktanden had gedragen.

Nauwkeurige inspectie doet op een ander plaatsje enkele korte haren ontdekken. Overigens heeft de cyste, over ongeveer een derde van de binnenvlakte, een witachtig, dof glanzend aanzien, en is sterk geplooid; de rest is geelachtig van kleur en ziet er korrelig uit, alsof een deel van den inhoud op den wand is gepraecipiteerd. In de hoofdcyste puilt een appelgroote kleinere cyste uit. Een vermoedelijk spontane perforatie-opening in den scheidenden wand geeft communicatie tusschen de beide holten en vertoont in de kleinste een kluwen van lange, blonde haren, te zamen gekleefd door een vaste vetmassa. De vrij dunne wand van de kleine cyste is aan de binnenvlakte bijna overal glad; slechts twee plekjes, die eene nisachtige verdieping in den wand vormen — vermoedelijk met de holte saamgevloeide kleine nevencysten — hebben een ruwe, ongelijkmatige oppervlakte; een dezer verdiepingen vormt de oorsprongsplaats van den geheelen bundel lange haren, die de holte vult. De wand van de kleine cyste, voor zoover deze niet in de groote uitpuilt, is ten deele tegelijk buitenwand, deels wordt zij door eene andere holte met gladde binnenvlakte van den buitenwand gescheiden.

Daar mij door Prof. Treub was medegedeeld, dat de verschillende holten van dit kystoom een zeer verschillenden inhoud hadden ontlast, verwachtte ik ook in dezen tumor een gemengden vorm te zullen vinden, welke verwachting evenwel door het mikroskopisch onderzoek niet werd bevestigd.

Stukjes uit de nabijheid van de tanden blijken te bestaan uit bindweefsel, doorvlochten van een rijk net van elastische vezelen; de laatste 't sterkst ontwikkeld aan de buitenvlakte van den wand. Epitheel is niet aanwezig, en ontbreekt ook als bekleeding van de kleine, in den wand besloten nevencysten, die hier in vrij groot aantal worden gevonden. Slechts in enkele coupes bevinden zich smeerklieren en vetcellen in gering aantal; haren ontbreken geheel.

Het geplooide, witachtig gedeelte van den wand bestaat uitsluitend uit bindweefsel, zonder epitheel.

In het korrelige, geel gekleurde gedeelte blijkt de gele verkleuring van oppervlakkige bloeding in 't bindweefsel van den wand af te hangen. Ook hier worden vele elastische vezelen aangetroffen en ontbreekt eene epitheel-bekleeding.

Het kleine behaarde plekje van de hoofdcyste geeft nog de meest karakteristieke bestanddeelen te aanschouwen, namelijk talrijke, oppervlakkige smeerklieren met kleine haren en een meerlagig epitheel, dat evenwel geen duidelijke splitsing in rete Malpighii en stratum corneum vertoont. Onder dit plekje wordt in den wand een vaste beenplaat aangetroffen.

In de kleinere cyste met lange haren bestaat het grootste gedeelte van den wand eveneens uit bindweefsel en elastische vezelen. Epitheel ontbreekt. Hier en daar worden bloedingen in 't weefsel gevonden.

Wij hebben in dezen tumor dus met een echte multipele dermoid-cyste van 't ovarium te doen, waarin de dermoide structuur tot enkele kleine plekken is beperkt, en de rest van den wand uit bindweefsel bestaat.

Merkwaardig is, dat ook het andere ovarium in een holte met dermoiden inhoud was veranderd. Deze holte heeft een vrij gladden binnenwand, die op ééne plaats een peesachtige, in de lengte uitgerekte, smalle wandplooi vertoont, eindigend in een cilindervormig uitsteeksel van eenige millimeter hoogte en dikte, dat rondom met korte haren is bezet. Bij mikroskopisch onderzoek blijkt deze cilinder exquisite dermoide structuur te bezitten. De dwarse doorsnede bestaat bijna geheel uit smeerklieren, verbonden met kleine haren. Voorts kenmerkt zij zich door sterk ontwikkelde bindweefsel-papillen, gedekt door een smal rete Malpighii, waarop soms een breede hoornlaag rust. Plaat VII fig. 2 geeft een gedeelte van deze doorsnede weer.

Het overige gedeelte van den cyste-wand bestaat grootendeels uit bindweefsel, zonder epitheel-bekleeding. Sommige plekken gelijken sprekend op de pag. 170 beschreven wandgedeelten van de grootste cyste uit den eersten tumor; men vindt hier n.l. de holte omzoomd door een breeden rand van onregelmatige polygonale cellen zonder tusschenstof; hier en daar kleinere cellen met scherper gekleurde kernen insluitend. Ook hier zijn sommige der grootste cellen met een geelachtige, korrelige stof gevuld. De gecoaguleerde cysten-inhoud, die aan den wand is blijven hangen bevat, behalve cellen en cel-detritus, vele ronde bleeke plekken, door het oplossen der vetdruppels ontstaan.

Een gedeelte van de cyste, waar de wand wat dikker is, blijkt nog grootendeels uit ovariaal-stroma te bestaan. Intacte eieren of Graaf'sche follikels vond ik niet, maar wel verscheidene kleine cysten met één laag van hoog cilinderepitheel bekleed. Rondom deze cysten worden verweekte plekken in 't bindweefsel aangetroffen, waardoor wederom holten ontstaan, doch die geen epitheel-bekleeding bezitten.

Ook de kleine ovariaal-tumor moet, krachtens dit mikroskopisch onderzoek, tot de echte dermoid-cysten worden gebracht. Toch zou, bij verdere ontwikkeling van de mikroskopisch kleine, met cilinder-epitheel bekleede holten in 't ovariaal-stroma, ook hier een combinatie zijn ontstaan van myxoide en dermoide cysten.

Het bestaan der gemengde vormen, die hier ter sprake zijn gekomen, is voor de aetiologie der ovariaal-dermoiden niet zonder beteekenis.

De genese dezer pathologische nieuwvormingen is van oudsher voor vele onderzoekers een voorwerp van bijzondere belangstelling geweest. Daar de eerste dermoid-cysten in 't ovarium werden waargenomen, lag de vergelijking met een foetus voor de hand, en zoo ontstond de oudste theorie, die in ieder teratoom of dermoid een verongelukt foetus zien wilde [1]), aanvankelijk als product van werkelijke bevruchting, later, toen ook bij mannen en kinderen dermoid-cysten waren gevonden, als een

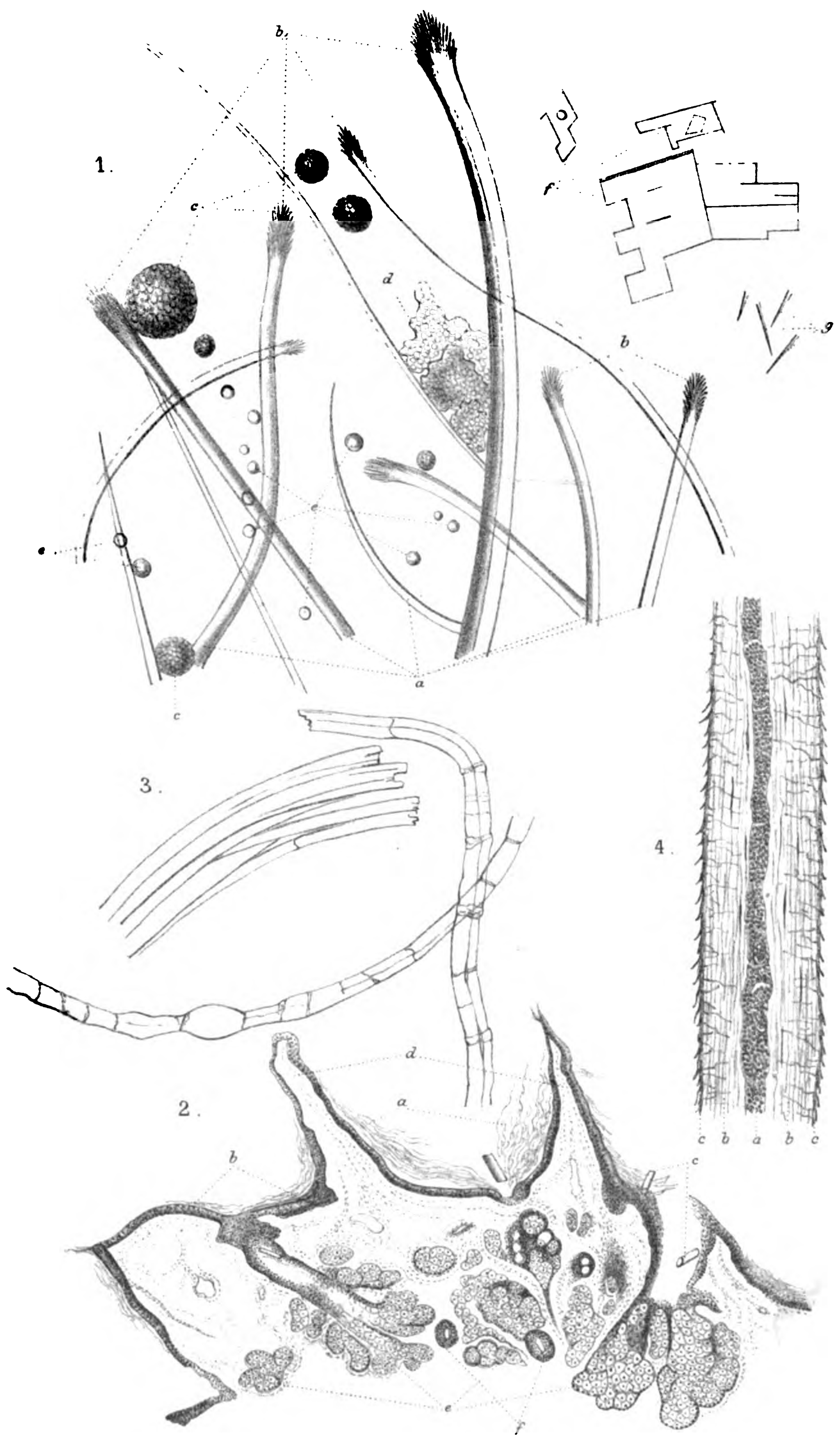
[1]) Haller, zie bij Haffter l. c.; Meckel, Pathol. Anatomie II. Voor ovariaal-

c. celarme bindweefsellaag van den cyste-wand.
d. celrijke bindweefsellaag, met veel lymph- en bloedvaten.
e. lymphvat.
f. doorgesneden haren in de nevencyste.
g. dwarse doorsnede van een haar, nabij de plaats waar dit in de holte doorbreekt.
h. gestolde cysteninhoud, waarin
j. leege plekken, waaruit het vet is uitgetrokken.

Fig. 2. Tril-epitheel uit de nevencyste. Vergrooting $^{350}/_1$.

Fig. 3. Cilinder-epitheel uit de nevencyste, overgaand in plavei-epitheel. Vergr. $^{350}/_1$.

Fig. 4. Plavei-epitheel uit de groote cyste. Vergrooting $^{350}/_1$.
a. plavei-epitheel dat de holte begrenst.
b. doorschijnende laag van celarm, fibrillair bindweefsel.
c. lymphvat, met gestolde lymphe en witte bloedcellen.
d. bindweefsel.



A. J. W. lith   Steendr. v. P. W. M. T.



A. J. W. lith.

Steendr. v. P. W. M. T.

IETS OVER KUISCHHEIDSGORDELS EN NOG WAT,

DOOR

Dr. C. E. DANIËLS.

Voor eenigen tijd ontving ik van een welwillend stadgenoot een pakje «oude zaken» voor de Bibliotheek van de Ned. Maatschappij tot bevordering der geneeskunst.

Daaronder bevond zich een voorwerp, dat mij toeschijnt minder geschikt te zijn ter opname in die Boekerij, doch meer eigenaardig verdient hier besproken te worden, al moge ook misschien een enkel lezer aan deze mededeeling slechts den naam van pseudo-gynaecologische bijdrage willen toekennen.

Het voorwerp in quaestie is een werktuig, dat ik op het eerste gezicht niet zoo spoedig zou hebben weten tehuis te brengen, hadde niet het opschrift: «Ceinture de chasteté» mij op den weg geholpen. Ik had dus een instrument in handen, dat bestemd is om de kuischheid eener vrouw te bewaken, wellicht als zoodanig heeft dienst gedaan. Misschien moest het onbuigzaam metaal een jonge, onervaren maagd beschermen tegen de verleiding; misschien moest het harde ijzer een tijdelijk tot onthouding gedwongen jonge vrouw ten steun strekken op haar glibberig pad; misschien moest het ongevoelig werktuig tot straf dienen voor een oogenblik van overgevoeligheid; misschien .... ja hoeveel mogelijkheden komen ons niet voor den geest bij het zien van zulk een voorwerp.

Laat ons echter niet in zulke bespiegelingen afdwalen, maar liever eens nagaan, hoe zulke werktuigen waarschijnlijk in de wereld zijn gekomen en daarna het een en ander mededeelen wat er mede in betrekking staat.

Het is bekend dat het begrip kuischheid der vrouw bij verschillende volkeren zeer verschillend wordt opgevat. In overoude tijden schijnt men zich met de tastbare bewijzen van kuischheid en dus ook met de verzorging van deze, niet veel bemoeid te hebben, hetgeen zich gemakkelijk laat verklaren als men nagaat, dat b. v. de Hippocratische geschriften van het Hymen als van een ziekelijke nieuwvorming spreken [1]) en dat Soranus, die ten tijde van Galenus te Rome leefde, in zijn beroemd boek «Περὶ γυναικείων παθῶν» breedvoerig tracht aan te toonen, dat er geen Hymen bestaat [2]).

Zeer terecht zegt evenwel Ploss [3]): «Der Begriff der Jungfrauschaft ist ein ethischer, der von der Annahme ausgeht das die sexuelle Unberührtheit des Mädchens einen ganz besonderen sittlichen Werth habe.» Bij de waardeering der maagdelijkheid, die bij ons synoniem is met

---

[1]) H. Haeser, Lehrbuch der Geschichte der Medicin, 3. Aufl., Bd. I, S. 198.
[2]) E. C. J. von Siebold, Versuch einer Geschichte der Geburtshülfe, Bd. I, S. 153.
[3]) Das Weib in der Natur- und Völkerkunde, 2. Aufl., Leipzig 1887, Bd. I, S. 298.

kuischheid, kan men bij de verschillende volkeren eene naturalistische en een idealistische richting onderscheiden.

Bij minder beschaafde volken treedt de eerste op den voorgrond, omdat alles door het zingenot beheerscht wordt; met het toenemen van de beschaving komen ook andere motieven in het spel, en is het ongenaakbare, reine van den maagdelijken toestand het ideaal geworden van vrouwelijke kuischheid.

Vandaar dan ook dat men, bij de meeste volkeren, reeds vroegtijdig het ongeschonden Hymen als het eenige teeken der maagdelijke kuischheid heeft aangenomen, en b. v. in de Mozaïsche wetten bepaald werd, dat als eene bruid zich ten onrechte voor eene ongerepte maagd uitgaf, zij door haar jongen man, als hij zulks ontdekte, tot de oudsten van het volk kon teruggezonden worden, die haar dan veroordeelden om gesteenigd te worden [1]).

Uit het geschrift, waaraan ik deze mededeeling ontleen, blijkt echter dat men niet algemeen zoo dacht, want daarin worden de volkeren te dezen opzichte in drie rubrieken verdeeld, namelijk:

1°. Volken, die zichtbare kenteekens van den maagdom bij hunne bruiden vorderen.

2°. Volken, die de vrouwelijke kuischheid hoogschatten, doch geene zichtbare kenteekens van den maagdom vorderen.

3°. Volken, die niet alleen geen maagdom begeeren, maar dezelve verachten.

Deze laatste rubriek telt dan 24 verschillende namen, die ik echter vrees dat thans niet meer als zoodanig zouden kunnen aangehaald worden.

Maar ook onze landgenoot Paulus van Hemert verhaalt immers: «De Laplander schat een meisjen, t'welk zig met mannen heeft opgehouden veel hooger dan eene ongerepte maagd. In Arrakan zoude een man zig schamen een meisjen te trouwen t'welk nog nooit eenen man bekend had» [2]).

Dit waren de uitzonderingen; regel was dat men een ongeschonden Hymen verlangde, hetgeen natuurlijk de vrouwen in sommige gevallen (ik kan niet zeggen bij het aangaan van een huwelijk, want er waren ook andere omstandigheden) den schijn deed aannemen alsof zij zich daarin nog konden verheugen.

Rhazes verschaft ons dienaangaande reeds ondubbelzinnige inlichtingen [3]), als hij het middel daartoe aangeeft. Wij lezen namelijk: «Aliud quod corruptam, quasi virginem reddit. Recipe gallarum, aluminis, schoenosanthos, foliorum lilii, cyperi ana partes aequales; haec omnia in aqua coquantur, de qua mulier in vulva multotiens mittat. Cum autem vulva multum stricta fuerit, atque vir ut coëat ad mulierem accesserit, parva pars intestini sanguine columbae impleatur et vulvae, antequam vir ad eam accedat, immittatur. Postquam enim ad eam accesserit et cum ea coïre ceperit, findetur intestinum et sanguis fluere inciperit.»

---

[1]) Kentekens en waarde van den zuiveren maagdom enz. Naar het Hoogd. Groningen 1793. Blz. 4.

[2]) Lektuur bij het ontbijt en de thetafel. Amsterdam 1805. Deel IV, blz. 118.

[3]) Abubetri Rhazae Maomethi ad Regem Mansorem libri decem. Basileae 1544. Lib. V., Cap. LXIX, p. 139.

Von Siebold [1]) vestigt wel de aandacht op dit merkwaardig voorschrift, zonder er evenwel, vermoedelijk om de kuischheid zijner lezers niet te kwetsen, iets naders van mede te deelen, alhoewel hij hen toch aanraadt om het zelf maar eens op te slaan, en hij laat er dan op volgen: «Sie zeigt uns, wie weit die Kosmetik getrieben wurde, und Niemand wird sich mehr wundern, wenn er in späterer Zeit, bei einem Volke, welches ebenfalls in mancher Hinsicht zur Seite des Aristippus sich bekennt, ähnliche Rathschläge vorfindet, wie sie uns z. B. das «Dictionnaire de Trévoux», Art. «Rétrécisseuse» zeigt».

En wat vinden we nu in die «Dict. Universal françois et latin», want v. S. doet alweder niets anders dan zijn lezers nieuwsgierig maken? Laat mij het woordelijk overnemen: «*Bruscômbille* dit qu'à Paris un bon métier est celui de rétrécisseuse. (Glossaire *Bourguignon* au mot.) Mais il faut se donner de garde d'imiter la Dame *Caracosa*, quae ut placeret marito suo tantum se restrinxit, quod nec ipse, nec alius potuit amplius eam cognoscere. *Rochefort* conte dans ses mémoires que se promenant un jour dans les appartements des filles de la Reine, il aperçut sur une toilette une petite boîte de pommade, d'une autre couleur qui celle de l'ordinaire, et qu'en ayant mis imprudemment sur ses lévres, où il avait un peu mal, elles lui firent un mal enragé; que sa bouche se rétrécit; que ses gençives se ridèrent et que voulant parler, il ne put presque articuler aucune parole. Ce qui appréta bien à rire à toute la cour.»

Von Siebold heeft met deze onthulling klaarblijkelijk nog niet voldaan aan zijn gevoel van verontwaardiging, want hij zegt verder dat uit dit voorschrift van Rhazes blijkt «wie raffinirt die Alten und namentlich das üppige Volk der Araber waren, wo es sich um Genuss, zugleich aber auch um Betrug, vom weiblichen Geschlechte gegen die armen Männer ausgeübt, handelte.» Nu, dit zal wel ieder met hem eens zijn, zooals ook wel ieder verklaarbaar zal vinden, dat wanneer de mannen destijds in Arabië op zulk eene wijze werden bedrogen, zij van hunnen kant maatregelen beraamden, om zich het volstrekt zeker bezit van een ongeschonden hymen bij hun huwelijk te verzekeren.

Laat ons zien op welke wijze zij dit deden.

Onder de oudere schrijvers, die zich met deze zaak hebben bezig gehouden, noem ik o. a. Martin Schurigius, die in zijn «Parthenologia» [2]), voornamelijk op grond van hetgeen hij dienaangaande in reisbeschrijvingen, o. a. van onzen bekenden landgenoot J. H. van Linschoten, had gevonden, mededeelt, hoe de Arabieren bij de meisjes de labia pudendorum aan elkaar hechtten, ten einde de virginiteit te bewaren.

Ofschoon Schurigius' beschrijving vrij nauwkeurig is, heb ik toch gemeend beter te doen met aan een jonger auteur eenige bijzonderheden omtrent deze kunstbewerking te ontleenen, namelijk aan Dr. H. Ploss. Deze heeft toch in een allerbelangrijkste verhandeling «Die operative Behandlung der weiblichen Geschlechtstheile bei verschiedenen

---

[1]) t. a. pl., blz. 268.

[2]) Parthenologia historico-medica, hoc est virginitatis consideratio, qua.... varia de.... partium genitalium muliebrium pro virginitatis custodia olim instituta consutione et infibulatione.... traduntur. Dresdae et Lipsiae 1729, pag. 366.

Völkeren» [1]) deze consutio, «das Vernähen der Mädchen» bij een groot aantal volkeren beschreven.

Er schijnen twee methoden voor die kunstbewerking te bestaan. De eene bestaat daarin, dat onmiddellijk na de geboorte de beide groote schaamlippen met een zijden draad worden aan elkaar genaaid, met dien verstande evenwel, dat men aan de bovenzijde van de vulva de naad niet verder laat doorloopen dan tot onder het orificium urethrae (Schurigius zegt daarentegen «medio relicto foramine»). In het tweede levensjaar schijnt dan in den regel de consolidatie volkomen te zijn en zich niets meer dan een naad te vertoonen.

De andere manier wordt door Ploss, op het gezag van verschillende Afrika-reizigers, als Burckhardt, Werne en Hartmann, aldus beschreven. Op 8- of 9jarigen leeftijd wordt het meisje op een soort van rustbank gelegd, en door oude vrouwen, die daarmede speciaal belast zijn, de binnenvlakte der groote schaamlippen met stompe messen rauw gemaakt, «bis auf einen kleinen Raum nach den After hin» [2]). Daarop nemen zij een langen, wollen doek, waarmede de beenen, van de knieën tot aan de heupen, vast aaneen gebonden worden, terwijl men in de kleine opengebleven ruimte tusschen de labia een dun buisje steekt, om deze niet te doen dichtgroeien. Dit sluitende verband blijft, terwijl de patient steeds in horizontale houding moet blijven, 40 dagen liggen, een tijdsbepaling die wettelijk is voorgeschreven en voor de volkomen aaneenhechting van de wondranden voldoende schijnt te zijn.

Een bijna gelijkluidende beschrijving heeft ook Dr. Tanner in the Obstetrical Society te Londen [3]) gegeven van de wijze waarop de operatie in Nubië wordt uitgevoerd.

Hiermede zoude ik desnoods de consutio als afgehandeld kunnen beschouwen, voor zooverre deze alleen ter «virginitatis custodia» moet dienen, doch ik acht het niet misplaatst hier op eenige consequenties van die operatie, zooals ze door Ploss worden vermeld, met een enkel woord te wijzen.

Hoe voortreffelijk zeker de toestand, na de consutio ontstaan, ook moge zijn, wanneer er sprake is van een aanstaand huwelijk beantwoordt hij niet meer aan de eischen; de bruidegom, en zeker ook de bruid, wenschen zich iets anders.

Om daartoe te geraken, wendt men zich andermaal tot de «sachkundige Frauen», wier werkzaamheid in dit geval met eenige feestelijkheid gepaard gaat. Maar laat Ploss het ons zelf verhalen. «Vor der Hochzeit nun sendet der Ehespons den Angehörigen des Mädchens ein aus Holz geschnitztes Abbild seines Penis, nach dessen Maass die Oeffnung in den Schamtheilen des Mädchens gemacht werden soll» [4]), terwijl wij eenige blz. verder lezen: «Eines von den Weibern, welche jene Operation ausführen, kommt unmittelbar vor der Hochzeit zum Bräutigam, um dessen männliche Vorzüge zu massen; sie verfertigt darauf eine Art Phallus

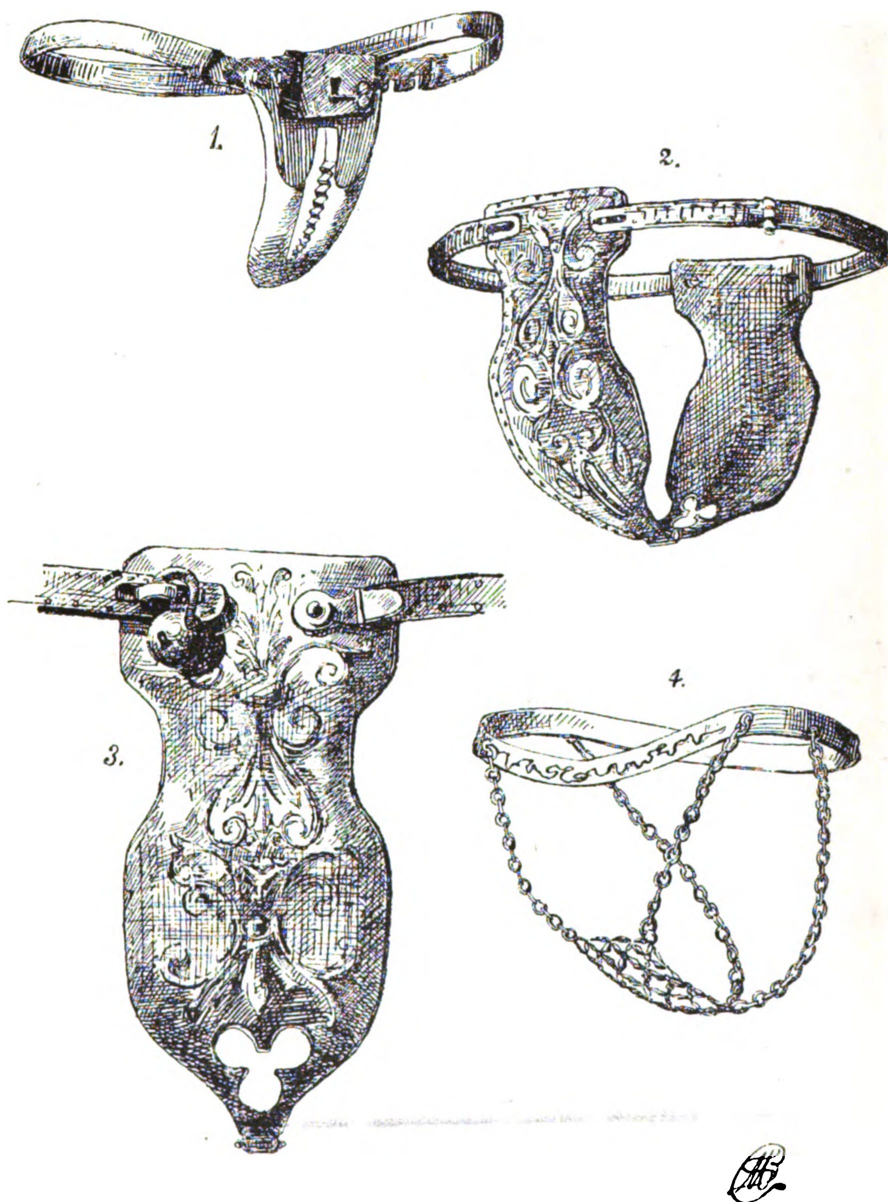
---

[1]) Zeitschrift für Ethnologie, Berlin 1871. 3 Bd., S. 381.

[2]) Ploss, t. a. pl., blz. 393.

[3]) The Lancet, 10 Aug. 1867, p. 165 „Barbarous Chastity".

[4]) Ploss, t. a. pl., blz. 390.



S. Mendes da Costa ad nat. del.

Roeloffzen & Hübner zinc.

von Thon oder Holz und verrichtet an der Braut, genau nach dem Maasse desselben, eine theilweise Aufschneidung» [1]).

Maar daarmede is de taak dier vrouwelijke heelkundigen, beter gezegd operateurs, nog niet afgeloopen, want wij lezen verder: «Ist die Frau geschwangert, so wird vor der Niederkunft die Oeffnung erweitert. In seine Reiseskizzen versichert Brehm, dass es Ehemänner gibt, die nach der Entbindung die Operation an der Frau abermahls vornehmen, um dieselbe gleichsam in den jungfraulichen Zustand zurückzuführen [2]).... und Rüppell sagt, dass sie in solchen so lange bleibt, als sie das Kind stillt: dann schreitet man abermals zur Wiederaufscheidung. Diese Operation wird wiederholt bis nach dem dritten und vierten Wochenbett, wenn es der Ehemann verlangt.» [3])

Werne zegt in Barbarije eene jonge weduwe te hebben leeren kennen, wier echtvriend haar in korten tijd 7 maal zulk een operatie had laten ondergaan, «von der die Narben sicht- und fühlbar waren» [4]), en deze mededeeling staat niet alleen, daar b.v. de Candalvène en de Beuvery, twee fransche reizigers die omstreeks 1840 in Nubië reisden, verhalen [5]): «Quelque douloureuse que cette opération puisse paraitre, beaucoup de femmes sont exposées à la subir plusieurs fois. Il arrive rarement qu'un Nubien parte pour un long voyage sans s'assurer, par ce moyen, de la vertu de sa moitié pendant son absence: ce qui, du reste, n'empeche pas qu'a Dongoulah, comme ailleurs, un mari absent ne puisse être trompé.»

Als tweede middel ter bewaking der virginiteit noemt Schurigius de infibulatio, «qua nonnullae nationes pro conservanda virginum atque mulierum seu uxorum castitate uti solent» [6]), zonder evenwel daar veel bij te voegen, hetgeen hij trouwens verklaart door te zeggen: «Sicut enim de marium seu juvenum infibulationis modo egimus, ita hoc loco de feminarum infibulatione pauca adducemus».

De infibulatie, die bij vele Aziatische volken, en ook in ons werelddeel, in gebruik was, bestond daarin, dat men op jeugdigen leeftijd door de beide groote labia een metalen ring stak, wier uiteinden aaneengesmeed of gesoldeerd werden. Kort voor het huwelijk werden die ringen, met behulp van een vijl of ander snijdend werktuig, gekliefd en verwijderd

---

Alvorens verder te gaan, meen ik dat het hier de plaats is om met een enkel woord te gewagen van de infibulatie bij den man, waarvan Schurigius zegt elders gesproken te hebben. Hij deed dit namelijk in zijne «Spermatologia historico-medica.... qua.... aliaque.... de castratione.... et infibulatione.... traduntur» Francf. a/M. MDCCXX.

De uitdrukking infibulatio is gevormd uit het woord fibula, ring, boucle.

---

[1]) Ploss, t. a. pl., blz. 393.
[2]) t. a. pl., blz. 390.
[3]) t. a. pl., blz. 391.
[4]) t. a. pl., bl. 393.
[5]) Revue d'Orient, 1844, Tom. III, p. 224.
[6]) Parthenologia etc., blz. 369.

Reeds Celsus, die omstreeks Christus' geboorte te Rome leefde en werkte, spreekt er van in zijne werken [1]) en beschrijft ons de techniek dier operatie aldus: «Infibulare quoque adolescentulos interdum valetudinis causa quidem consueverunt: ejusdem haec ratio est: cutis quae super glandem est, extenditur, notaturque utrinque a lateribus atramento, qua perforetur, deinde remittitur. Si super glandem notae revertuntur, nimis apprehensum est et ultra notari debet; si glans ab his libera est, is locus idoneus fibulae est. Tum, qua notae sunt, cutis acu filum ducente transsuitur, ejusdem fili capita inter se deligantur, quotidieque id movetur, donec circa foramina cicatricula fiant. Ubi haec confirmatae exepto filo fibula inditur, quae, quo levior eo melior est».

Deze laatste opmerking is eenigszins in strijd met de mededeeling van Winkelmann [2]), die spreekt van twee koperen beelden, geinfibuleerde muzikanten voorstellende, die merkwaardig zijn door de grootheid van den aangelegden ring in verhouding tot de schraalheid van hun lichaam, terwijl ik ergens anders aangeteekend vond, dat Grieksche monniken hun vroomheid afmaten naar de grootte van den ring, dien zij aan hun praeputium droegen, zoodat er waren die zich een ring van zes duimen in den omtrek en een kwart pond gewicht hadden laten aanleggen.

De infibulatie geschiedde dus om gezondheidsredenen, als voorbehoedmiddel tegen onanie [3]) of te vroegtijdigen coïtus, maar ook met de bedoeling om de tooneelspelers en zangers tot kuischheid te dwingen, en hen op die wijze hun fraai, helder stemgeluid te doen behouden. Dat infibulatie met dit oogmerk nog wel eens aanstoot heeft gegeven en door de Latijnsche satyrici gehekeld is, ligt voor de hand, al moge dan ook onze collega Leon Marie, in een zeer geleerd philologisch-historisch opstel «Etude sur la fibule des Satyriques latins» [4]) betoogd hebben, dat in de verschillende passus, die men ten bewijze daarvan gewoonlijk aanhaalt, het woord fibula niet door ring, doch door koker, voorschoot, vijgenblad, gordel, of eenig ander ter bedekking van de genitalia dienstig voorwerp, zou moeten vertaald worden.

Een enkel voorbeeld moge de onjuistheid van dit laatste beweren aantoonen.

Wanneer toch Martialis zegt van een jongeling, die den mannelijken leeftijd naderde:

«Jam paedagogo liberatus, et cujus
Refibulavit turgidum penem faber»,

[1]) De Medicina, Lib. 7, Cap. 25, p. 502.

[2]) Monumenti antichi inediti, Romae 1767.

[3]) Blijkens mededeeling in L'Union médicale van 16 Januari 1864 heeft in de, eenige dagen vroeger plaats gehad hebbende, vergadering der Société de Chirurgie Broca over de infibulatie gesproken, die hij, als middel tegen onanie, had toegepast bij een 5jarig meisje, wie reeds te vergeefs een door Charrière vervaardigde Ceinture de Chasteté was aangedaan. Ook hier is mij weder gebleken, dat men ten onrechte het woord infibulatie in plaats van consutio heeft gebezigd, welke laatste operatie blijkens de beschrijving heeft plaats gehad. Bij herhaling heb ik, onder het bewerken van dit stukje, bemerkt dat sommige schrijvers die beide woorden promiscue gebruiken, terwijl ze toch een zeer verschillend begrip uitdrukken, wat uit de woorden zelve voldoende blijkt.

[4]) L'Union médicale, 15 Mars 1864, Feuilleton.

dan zal toch wel de conjectuur «*re*fibulare moet als *de*fibulare gelezen worden» minder waarschijnlijk zijn, dan de lezing dat de ring, wellicht in een onbewaakt oogenblik is bezweken, en thans opnieuw door den mechanicus wordt aangelegd. Wanneer toch Juvenalis in een zijner Satyren, van eene muzikale vrouw sprekende, zich aldus uitlaat:

«Si gaudet cantu, nullius fibula durat
Vocem vendentis Praetoribus........»

dan constateert hij immers slechts het feit, dat de Romeinsche dames, in den bloeitijd van het keizerrijk, soms geweldig verliefd werden op knappe zangers [1]) en deze trachtten over te halen tot buitensporigheden, die hun door de met het Schouwburg-bestuur aangegane overeenkomst waren verboden.

Ook de geleerde Bibliothecaris van de Faculté de Médecine te Parijs, Dr. A. Chereau, laat zich in zijn belangrijk artikel «Multilations ethniques» [2]) in dien zin uit, als hij zegt: «Il parait que certaines femmes se montraient excessivement friandes des hommes infibulés, que leur possession avait tout l'attrait du fruit défendu, et qu'elles se figuraient jouir seules d'un trésor dont les intérêts accumulés formaient un capital inépuisable. Elles payaient fort cher l'enlèvement de la boucle et l'on peut présumer que les chanteurs, les comédiens, les athlètes spéculaient sur la concupiscence féminine.»

«Dic mihi simpliciter, Comoedis et Cytharaedis
Fibula quid praestet? Carius ut futuant»!»

Zoo zong immers Martialis.

Tot ons onderwerp terugkeerende vermelden wij in de eerste plaats, dat, zooals verschillende geschiedschrijvers berichten, sommige ijverzuchtige mannen van de, door voorafgegane infibulatie gevormde, openingen in de labia listig gebruik gemaakt hebben, om zich bij tijdelijke afwezigheid van de huwelijkstrouw hunner wederhelften te verzekeren. Wanneer de fibula met zulk eene bedoeling werd aangewend, had deze slechts één puntig uiteinde, terwijl het andere zoo was ingericht dat het eerste daarin werd opgenomen en door een zekere sluiting werd bevestigd, evenals bij een bekend soort van sleutelringen.

Deze aanwending van de infibulatie heeft zich niet bepaald tot vorige eeuwen of half wilde volkeren, ook in onzen tijd zijn daarvan nog voorbeelden aan te wijzen, zooals uit het volgende kan blijken.

In de Union Médicale van 1847 (Tom. I, n°. 148) leest men: Een jaloersch echtgenoot, die vroeger in het Oosten geweest was en thans het eerzaam beroep van aanspreker te Parijs uitoefent, heeft zijne wederhelft aldus getracht te infibuleeren. Na een vrij dikken looden draad door het rechter labium majus gestoken te hebben, zonder dat dit procedé eenige ontsteking in het doorboorde deel ten gevolge had, soldeerde hij de beide uiteinden aaneen. Daarop wilde hij hetzelfde in het linker labium

---

[1]) Komt ons daarbij niet onwillekeurig de bloeitijd van een bekend opera-zanger onzer dagen in de gedachte? Ja werkelijk, Nil novi sub sole!

[2]) Dictionn. encyclopaedique des Sciences medicales par A. Déchambre, Paris 1864—1890, in voce.

doen, met de bedoeling om, zooals hij later bekende, deze beide ringen door een slot te verbinden, ten einde zich met de noodige zekerheid aan zijn dagelijkschen arbeid te kunnen begeven. In dit geval verliep de operatie echter niet zoo voorspoedig: na het inbrengen van den draad volgde een hevige ontsteking, die zich op de omliggende deelen voortplantte en zulk een hevige koorts ten gevolge had, dat hij genoodzaakt werd heelkundige hulp in te roepen. Men verwijderde terstond den ingebrachten draad, doch de arme vrouw was zoo bevreesd dat haar echtvriend het niet zoude goedkeuren, dat zij weigerde ook den gesloten ring uit het rechter labium te laten wegnemen.

Mij dunkt het vermoeden is gewettigd, dat eenigen tijd later ook aan de linker zijde de ring wel met goed gevolg zal zijn aangelegd. En dit geschiedde in 1847!

De fibula, aldus toegepast, komt mij voor de eerste stap te zijn op den weg die tot den kuischheidsgordel heeft geleid, welke men vermoedt dat uit het Oosten in Europa is ingevoerd.

Dit vermoeden berust gedeeltelijk op eene uitdrukking van onzen beroemden ambtgenoot Maitre François Rabelais, die zijne bekende figuur Panurge de woorden in den mond legt: «Le diantre, et cellui qui n'ha poinct de blanc en l'oeil m'emporte doncques ensemble, si je ne boucle ma femme à la Bergamasque, quand je partiri hors de mon serail» [1]).

Bergama in Klein-Azië, het oude Pergamum, zou dan de bakermat van den kuischheidsgordel zijn en van daar moet dit werktuig het eerst in Venetië zijn ingevoerd. Hij wordt het eerst beschreven als een van ijzerdraad gevlochten gordel die de heupen omvat (onze moderne zwembroek?) en met behulp van een uit beweegbare ringetjes bestaand slot gesloten wordt; op deze ringen was een bepaald aantal karakters gegraveerd, waarvan er eenige steeds in een zekere volgorde moeten gebracht worden, wil men het slot kunnen openen of sluiten [2]). Dat die volgorde alleen aan den man bekend was, behoeft natuurlijk geen betoog.

Maar ook sloten met sleutels moeten gebezigd zijn, ten minste Mantegazza [3]) spreekt van een zekeren Guillaume de Machault (een schrijver uit de 15e eeuw), die zich omtrent een van Agnes de Navarre ontvangen sleutel aldus uitlaat:

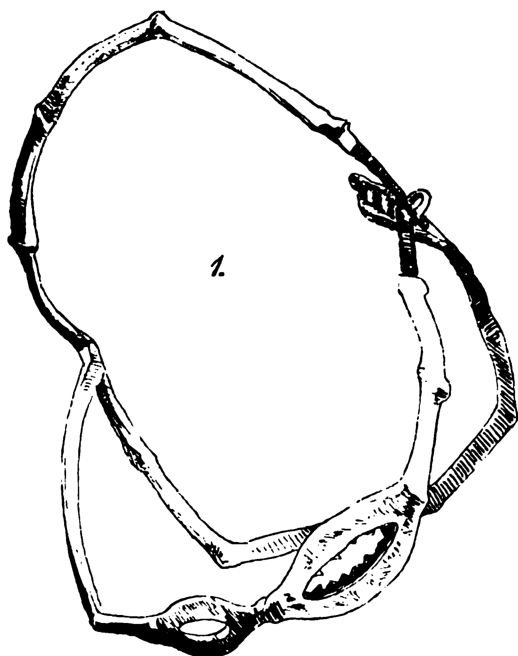
«A donc, la belle m'accola....
Si attaigny une clavette
D'or, et de main de maistre faite,
Et dist: Cette Clef porterez
Amys, et bien la garderez
Car c'est la clef de mon trésor.
Je vous en fais Seigneur dès or;
Et, dessus tout, en serez mestre
Et s'il l'aim plus que mon oeil destre
Car c'est mon heur, c'est ma richesse,
C'est ce dont je puis faire largesse!»

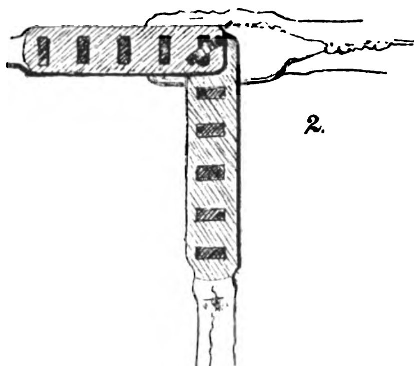
---

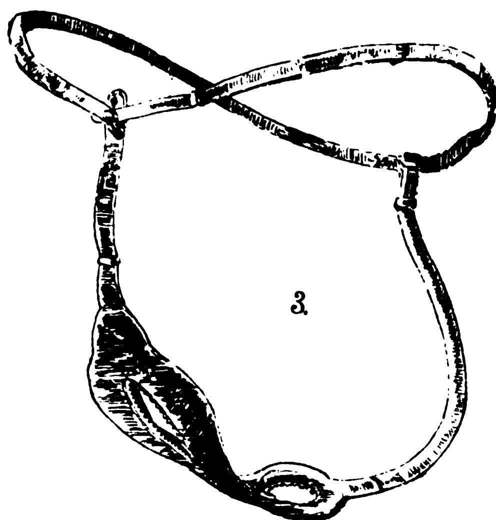
1) Oeuvres de M. Francois Rabelais, Doct. en Med. S. l. MDCLXXV. Tom. I, Livre III, Chap. XXXV, p. 433.

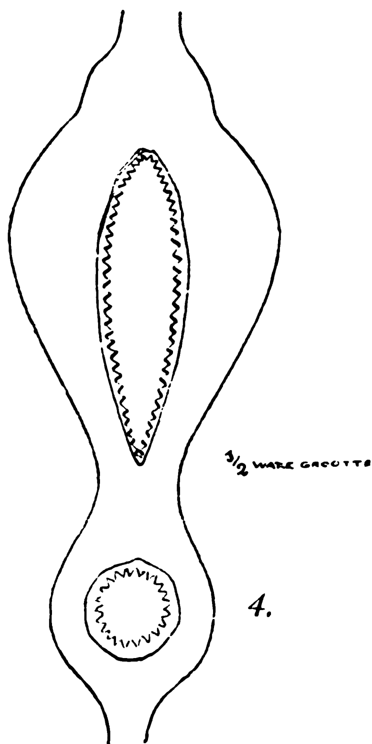
2) Het letterslot van de ouderwetsch Hollandsche geldkist.

3) De mensch in het geslachtsleven, enz. Amsterdam 1889, 2e druk, blz. 161.









S. Mendes da Costa ad nat. del. Roeloffzen & Hübner zinc.

De enkele schrijvers nu die zich met ons onderwerp hebben bezig gehouden, want er zijn er slechts weinigen [1]), verklaren dat de kuischheidsgordels eigenlijk reeds in de 16e eeuw totaal in onbruik zijn geraakt en later eigenlijk alleen als curiosa dienst hebben gedaan.

Die uitspraak komt mij echter minder juist voor en ik wensch dit met bewijzen te staven.

Wanneer men Brantôme [2]) raadpleegt, dan vindt men door hem vermeld: «Du temps du roy Henry II, il y eut un certain quinquailleur (Freydier zegt: un marchand Italien, dans le dessin de faire glisser cette mode chez les Françaises) qui apporta une douzaine de certains engins à la foire de Saint-Germain pour brider le cas des femmes, qui estoyent faits de fer et ceinturoyent comme une ceinture, et venoyent à prendre par le bas et se fermer en clef (on voit un de ces cadenas au musée de Cluny: il est en ivoire); si subtilement faits, qu'il n'estoit pas possible que la femme, en estant bridée une fois, s'en pust jamais prévaloir pour ce doux plaisir, n'ayant que quelques petits trous menus pour servir à pisser».

En dat die koopman, hij zij dan Italiaan of Franschman, nog zulke slechte zaken niet gemaakt heeft, blijkt wel daaruit dat B. vervolgt: «On dit qu'il y eut quelque cinq ou six maris jaloux fascheux, qui en acheptèrent et en bridèrent leurs femmes de telle façon qu'elles purent bien dire: Adieu, bon temps!»

Voorts bespreekt M. Niel, in zijn «Portraits du XVIe Siècle» eene zeer zeldzame gravure, in den trant van Leonard Gautier, die tot titel heeft: «Du coqu qui porte la clef et sa femme la serrure», en die eene satyre zoude zijn op de intieme verhouding, die er bestaan moet hebben tusschen koning Henri IV en de markiezin De Verneuil. De beschrijving luidt aldus: «Elle représente assise sur un lit une femme nue, dans laquelle on reconnait les traits de la Marquise De Verneuil. Celle-ci a autour du corps une Ceinture à cadenas dont elle remet la clef au Béarnais [3]); mais derrière les rideaux du lit la chambriére présente une seconde clef à un galant gentilhomme, qui tire sa bourse pour

[1]) Ik meen dit aldus te moeten verklaren. De geneeskundigen hebben de kuischheidsgordels nimmer tot een onderwerp van studie gemaakt, omdat zij die, niet belangrijk genoeg wil ik niet zeggen, niet voldoende tot hun gebied behoorend beschouwden, om daaraan meer bepaald de aandacht te wijden, en dewijl zij meenden dit gerust aan de Cultur-historiker te kunnen overlaten. Deze laatsten hebben daarentegen de zaak niet best aangedurfd, omdat zij dan op allerlei „teere punten" stuitten, telkens zaken moesten vermelden, die alleen een medicus zonder blikken of blozen bij hun waren naam noemt, en die zij daarom meenden beter aan de geneeskundigen te kunnen overlaten. Vandaar dan ook vermoedelijk dat Dr. Hermann Heinrich Ploss, de bekende Leipziger Hygienist-gynaecoloog-anthropoloog, die beide hoedanigheden in zich vereenigt, voor zooverre mij bekend, de eenige schrijver is, die in bijzonderheden treedt welke men elders te vergeefs zoekt.

[2]) Oeuvres complètes de P. de Bourdeille, Seigneur de Brantôme, pub. par L. Lalanne, Paris 1876, Tome 9, p. 133.

[3]) Béarnais is een bijnaam van Henri IV, die hem gegeven werd door de leden van de Ligue, welke hem noch als Koning van Frankrijk, noch als Koning van Navarre wilden erkennen. Zie Bescherelle, Dict. national de la langue française. Paris 1852, in voce.

la payer. Un fou cherche à retenir des abeilles dans un panier et un chat guette une souris».

Wij vonden verder melding gemaakt van de aanwending der Ceinture de Chasteté in de 17e en 18e eeuw, in de «Historiettes» van Tallement des Beaux, en Brunet meent dat madame de Sevigné hier eveneens het oog op had, toen zij, sprekende van den gebochelden markies De Ventadour, die gehuwd was met de schoone, levenslustige jonkvrouw De la Motte—Houdancourt, de uitdrukking bezigde «Il a mis un bon suisse à la porte», hoewel volgens anderen daarop de woorden volgen: «en donnant une belle maladie à sa pauvre femme», in welk geval de bedoeling natuurlijk eene geheel andere geweest moet zijn.

Volgens den schrijver van «Les Cadenas et Ceintures de chasteté» maakte Voltaire, omdat hij op 20jarigen leeftijd in de gelegenheid was «d'en voir et d'en palper une (Ceint. de chast.), bien authentique et solidement verrouillée autour du corps d'une de ses premières maitresses, qu'il désigne sous le nom resté mysterieux de Mme de B.....» zijn «Conte du Cadenas», die hij in 1716 opdroeg aan eene vrouw «contre laquelle son mari avait pris cette étrange precaution».

Uit dit merkwaardig gedicht blijkt, dat ook Voltaire gelooft aan den Italiaanschen oorsprong der Ceintures de chasteté, want hij laat daarin door «Un Florentin» aan Pluto zeggen:

«Pour détourner la maligne influence
Dont votre Altesse a fait l'expérience
Tuer sa dame est toujours le meilleur;
Mais, las! Seigneur, la vôtre est immortelle
Je voudrais donc, pour votre sûreté,
Qu'un cadenas de structure nouvelle
Fût le garant de sa fidélité.»

En later vervolgt hij aldus:

«Or ce secret, aux Enfers inventé
Chez les humains tôt après fut porté;
Et depuis ce, dans Venise et dans Rome
Il n'est Pédant, Bourgeois ni Gentilhomme
Qui pour garder l'honneur de sa maison,
De Cadenas n'ait sa provision
Là, tout jaloux, sans craindre qu'on le blâme,
Tient sous la clef la vertu de sa femme.»

Maar er is meer.

Voor mij toch ligt een uiterst zeldzaam boekje, dat in 1750 het licht zag, in 1863 te Parijs en in 1870 te Montpellier, in zeer kleine oplage herdrukt werd, en tot titel heeft: «Playdoyer de Mr. Freydier Avocat à Nismes, contre l'introduction de Cadenas ou Ceintures de chasteté».

In dit welsprekend pleidooi, dat gehouden werd voor Mej. Marie Lajon als beschuldigster, tegen le Sieur Pierre Berlhe, als beschuldigde, wordt, na een uitvoerig exposé van al hetgeen voorafgegaan is, de beschuldigde ten laste gelegd »d'avoir enfermée (M. Lajon) dans un prison qui la suit toujours, qu'elle porte toujours avec elle, de l'avoir captivée

par un *cadenas* dont on laisse au plus jaloux Florentin le soin d'imiter la structure» [1]). Men ziet hier wordt weder een toespeling gemaakt op de Italianen, die men gewoonlijk beschuldigt deze werktuigen in Europa te hebben ingevoerd. Een paar bladzijden verder noemt de Rechter-Commissaris het «Ceinture à l'Anglaise», eene attributie die echter door pleiter gewraakt wordt, zeggende: «il convient mieux d'appeler ces ceintures, des *Ceintures à la Bergamasque*, comme l'a fait Rabelais» [2]).

Later vervolgt hij aldus: «Il ne sera pas hors de place de dire içi qu'elles sont de l'invention de François Carrara, de Padoue. L'histoire nous apprend que ce Seigneur fut fameux par ces cruautés et met au nombre de ses crimes, celui d'avoir eu la barbarie de cadenasser ses maitresses: on conserve même encore à Venise dans le Palais de Saint-Marc, un coffre de toilette où il y a plusieurs de ces Ceintures et de ces Cadenas, qui etaient tout autant de Pièces du Proces qui fut fait à ce monstre, qui fut étranglé à Padoue, par Arrêt du Senat de Venise, l'an 1405.»

In het op blz. 188 genoemde, mij eerst later in handen gekomen boekje «Les Cadenas et Ceintures de Chasteté» wordt deze zaak ook besproken (bl. 15—19) en gezegd dat dit verhaal eene legende is, door den Abt Misson [3]) medegedeeld en langen tijd als waar aangenomen, doch die voor een critisch-historisch onderzoek is bezweken. Bij dit laatste bleek, dat Carrara alleen om politieke redenen werd ter dood gebracht en dat zich in het Doge-paleis slechts één kuischheidsgordel bevindt, maar «un Cadenas célèbre dont jadis un certain tyran de Padoue se servait pour mettre en sûreté l'honneur de sa femme. Mais il fallait que cette femme eut bien de l'honneur, car la serrure est diablement large!»

Omtrent den Italiaanschen oorsprong der kuischheidsgordels vond ik er voorts deze categorische uitspraak in: «Tout le monde est d'accord, au moins chez nous, pour rejeter en Italie l'invention et l'usage plus au moins commun de la Ceinture de Chasteté». Deze opvatting wordt ook nog gesteund door een mededeeling van Saint-Amend, dat in zijn tijd het meerendeel der Romeinsche vrouwen iets dergelijks droegen:

D'un brayer que Martel en teste
De ses propres mains a forgé
Leurs femmes ont le bas chargé,
De peur qu'il ne fasse la beste.

Niemand schijnt echter, en het is eenigszins begrijpelijk, er gaarne zijn naam aan verbonden gezien te hebben, zooals o. a. blijkt uit een uitdrukking van M. de Laborde [4]): «Comme usage établi ces ceintures n'ont point existé, surtout chez une nation aussi spirituelle que la nôtre; comme lubie de quelque maniaque, elles peuvent avoir été forgèes excep-

---

1) l. c., Edition de Montpellier, p. 35.

2) l. c. p. 37.

3) Voyage d'Italie, tome I, p. 112.

4) Notice des Emaux, Byoux et objets divers, exposés dans les Galeries du Musée du Louvre, IIe Partie, Documents et Glossaire. Paris 1853, in voce Ceinture de Chasteté.

tionnellement. Je les rejette donc, et je conseille aux amateurs d'en faire autant.»

Ofschoon ik nu gaarne wil toegeven, dat «één zwaluw geen lente maakt», moet ik er hier toch op wijzen, dat juist de zonen der «nation spirituelle» mij het recht geven te beweren, dat er, zelfs nog in de 2e helft onzer 19e eeuw, gebruik gemaakt wordt van dit door den Heer De Laborde zoo geheel verworpen instrument.

Onder het tweede Keizerrijk toch (ik heb deze mededeeling persoonlijk van den Heer A. Darcel, Directeur van het Musée des Thermes et de l'Hotel de Cluny, te Parijs) kwam op zekeren dag een jonge vrouw, vergezeld van hare moeder, bij den Prefect van Politie Mr. Boitelle om raad vragen, dewijl haar man op reis was gegaan en haar vooraf een instrument, dat zeer hinderlijk was, had aangedaan. Waaruit dit werktuig bestond schreef mij de Heer D. niet, doch hij vervolgt aldus: «Le Prefet, de qui je tiens le fait, a rétirée lui même cette ceinture moderne, et l'a donnée au Musée d'Artillerie».

Die plaatsing klinkt inderdaad minder eigenaardig, tenzij wij aannemen, dat 's mans bedoeling was om er proeven mede te laten nemen door de manschappen der Vesting-Artillerie; zij is de oorzaak, dat ik omtrent dit voorwerp geene nadere inlichtingen heb kunnen inwinnen, dewijl ik vreesde van het Ministerie van Oorlog, want tot dit Dep. had ik mij moeten wenden, toch geen volledige inlichtingen te zullen krijgen omtrent zulk een belangrijk onderdeel van het pantsermaterieel.

Niet minder merkwaardig is zeker de tweede mededeeling van den Heer Darcel, als hij mij schrijft: «Un Horloger de Paris, m'a assuré avoir adopté, il y a quelques années, un mouvement d'horlogerïe a une ceinture de chasteté, afin de pouvoir indiquer l'heure précise à laquelle on l'ouvrait et on la fermait».

Uit dezelfde zeer vertrouwbare bron ontleen ik ook de wetenschap, dat nog heden ten dage b.v. op het eiland Chios, kuischheidsgordels in het openbaar worden uitgestald in de winkelkasten, volstrekt niet tot de obsolete curiosa maar tot de zeer gewilde handelsartikelen worden gerekend.

Omtrent de wijze waarop deze zijn ingericht, kan ik echter tot mijn spijt evenmin nadere bijzonderheden mededeelen.

In het genoemde Musée Cluny zijn twee Ex. van de Ceinture de Chasteté voorhanden, die als volgt in den catalogus worden beschreven:

N°. 6598. Ceinture de Chasteté, a bec d'ivoire, montée sur bande d'acier, garni de velours, avec serrure. XVIme Siècle.

Zooals op plaat I [1]) fig. 1 te zien is, bestaat zij uit een stalen met fluweel bekleeden gordel, waaraan in het midden een dikke, hartvormige ivoren plaat is bevestigd, die juist op de mons veneris tusschen de beide liesplooien past, van onderen een weinig naar achteren gekromd is, waardoor zij tegen het perinaeum komt te liggen, en in het midden eene met uitgezaagde randen voorziene spleetvormige opening heeft, waardoor de

[1]) De teekening der beide platen heeft de Heer Arts S. Mendes da Costa met de meeste welwillendheid op zich genomen. Hem zij niet alleen daarvoor, maar vooral voor de talentvolle wijze waarop hij zich daarvan heeft gekweten, mijn hartelijken dank betuigd.

urineloozing ongehinderd kan plaats hebben. Alhoewel de Heer Darcel mij schrijft: «Celle en ivoire me semble un joujou très inutile, car il serait impossible de la faire tenir en place», komt het mij toch voor dat niemand er over gesticht zou zijn, wanneer zijn wederhelft met dit werktuig gewapend werd, daar ik verzekerd ben, dat als de gordel goed aangedaan en het vrij gecompliceerde slot behoorlijk gesloten is, er onmogelijk sprake kan zijn van cohabitatie, dewijl de verbinding tusschen de ivoren plaat en den gordel zeer stevig is, en geen beweging hoegenaamd van de een op den ander toelaat.

Volgens de traditie zou deze gordel gedragen zijn door Cathérine de Medicis, een meening die velen niet gerechtvaardigd voorkomt op grond van beider afmetingen. Men verhaalt immers dat deze Koningin toen zij aan een soldaat vroeg, waarom de Hugenoten haar naam hadden gegeven aan een buitengewoon groot stuk veldgeschut, ten antwoord ontving: «C'est Madame, parcequ'elle a le calibre plus grand et plus gros que toutes les autres».

De andere, N°. 6599 van den catalogus, wordt aldus omschreven: «Ceinture de chasteté en fer forgé, gravé, damasquiné et repiqué d'or. Ouvrage Allemand».

«Cette ceinture est à double usage: la partie antérieure se trouve réunie à la partie postérieure par une charniere placée dans le bas, et dans le haut par une petite ceinture en fer ouvragè et à brisure, destinèe à fermer les deux issues. Cette ceinture porte à l'extrémité infèrieure du devant une ouverture dentelée, de forme allongée et à celle opposée une ouverture en forme de trèfle. Sur la partie antérieure sont gravées les figures d'Adam et d'Eve, des mascarons et des arabesques. La partie postérieure présente une décoration analogue.»

«Tout autour des plaques et de la ceinture sont mengés les trous destinès à la piqure des doublures. Cette ceinture, dont la gravure parait appartenir à une assez basse epoque, à étè donnée au Musée par Mr. Mérimée en 1862.»

Ik geloof dat het tot recht verstand van de zaak wenschelijk is aan deze beschrijving nog een enkel woord toe te voegen. De vorm van de beide platen is zoo anatomisch juist, dat dit instrument zeker heel wat dagen arbeids heeft gekost; de buikplaat sluit volkomen aan een normaal vrouwelijk abdomen aan en heeft dus eene kromming van rechts naar links, en van boven naar beneden; zij gaat van onderen over in een smaller gedeelte (waarin de met tanden voorziene opening die de vulva nauwkeurig bedekt) dat in een half scharnier eindigt, hetwelk midden op het perineum komt te liggen, en met de correspondeerende helft van het uiteinde der rugplaat verbonden, eene geringe beweging toelaat, die vermoedelijk noodig was om het der patiente mogelijk te maken eene zittende houding aan te nemen. De rugplaat heeft in het midden eene flauwe verdieping, die aan beide zijden overgaat in de gewelfde gedeelten die aan de billen aansluiten, en eindigt bovenaan rechts en links in een stalen veer of gordel, die aan de zijde van het lichaam de overeenkomstige deelen van de voorplaat ontmoet en op deze door een sluitend apparaat wordt vastgehecht. Dit Ex. is afgebeeld op plaat I, fig. 2 en 3.

Ziedaar alles wat het buitenland of de literatuur ons heeft leeren kennen; laten we thans onze blikken wenden naar hetgeen we op dit gebied op vaderlandschen bodem vonden, en waarvan er twee Ex. voor mij liggen, die mij veel praktischer voorkomen dan de anderen en waaraan ik, uit een utiliteitsoogpunt, verre de voorkeur zou willen geven.

De eene gordel, waarvan ik in den aanhef van deze mededeeling gewaagde, is met volstrekte zekerheid afkomstig uit den boedel van den bekenden Amsterdamschen Hoogleeraar Andreas Bonn (1738—1818), zooals mij door den welwillenden schenker van het voorwerp, een zijner nazaten, is verzekerd en aangetoond.

De andere, geheel van denzelfden vorm, met groen fluweel bekleed, minder goed bewaard en niet geheel ongeschonden, bevond zich in het verloskundig kabinet van de Leidsche Universiteit, zonder dat Prof. Hector Treub, aan wiens gewaardeerde tusschenkomst ik de beschikking over dit Ex. verschuldigd ben, in staat was mij iets omtrent de herkomst daarvan mede te deelen.

Beide voorwerpen zijn dus gevonden in Hollandsche, wetenschappelijke verzamelingen, door mannen der wetenschap bijeengebracht; beide, zoowel de laatste die, reeds rijks-eigendom zijnde, slechts van de eene rijksverzameling naar de andere wordt overgebracht, als de eerste die ik aan het Nederlandsch Museum ter plaatsing aanbood, zullen daar worden opgenomen en bewaard, als merkwaardige, zeldzame historische herinneringen aan vroegere zeden en gewoonten, die men, om ze op haar juiste waarde te schatten, moet beschouwen in de lijst van haar tijd.

Behalve in het Musée Cluny te Parijs toch vindt men bijna in geen enkel Europeesch museum Ex. van dit werktuig, zooals mij door den geleerden Directeur van het Nederlandsch Museum te Amsterdam, den Heer David van der Kellen, werd medegedeeld. Alleen vertelde mij Prof. D. van Haren Noman alhier, dat hij voor eenige jaren een Ex., geheel in vorm overeenkomende met de beide in ons land gevonden gordels, gezien heeft in de verzameling van het bekende Keizerlijk lustslot Stolzenfels bij Coblentz, en dat hem toen was medegedeeld, dat ook in enkele andere adelijke kasteelen aan den Rhijn nog dergelijke werktuigen voorhanden moeten zijn.

Deze opgave strookt volkomen met hetgeen we dienaangaande in het reeds vermelde werk van Dr. H. Ploss [1]) lezen, als hij zegt: «Wahrscheinlich waren es die Kreuzzüge, welchen diese barbarische Erfindung zu danken ist, durch die der eine oder der andere, der zu langer Abwesenheit von Hause gezwungenen Ritter, sich der eheliche Treue seiner Hausfrau unverbrüchlich versichern wollte.»

Dat men overigens ook in Duitschland de kuischheidsgordels gekend heeft, bewijst de mededeeling van denzelfden schrijver, dat eene reproductie van een zeldzame anonyme gravure uit de 16e eeuw, (een vrouw voorstellende die een met een groot hangslot gesloten gordel draagt), door hem in den tekst afgedrukt, ontleend is aan Hirth's «Culturgeschichtliches Bilderbuch», terwijl hij aldus vervolgt: «Ueber der geschlossenen Dame, die aus der Geldtasche eines Alten mit einer Hand Münzen her-

---

[1]) Das Weib in der Natur- und Völkerkunde, S. 297.

PL. III. (XI.)

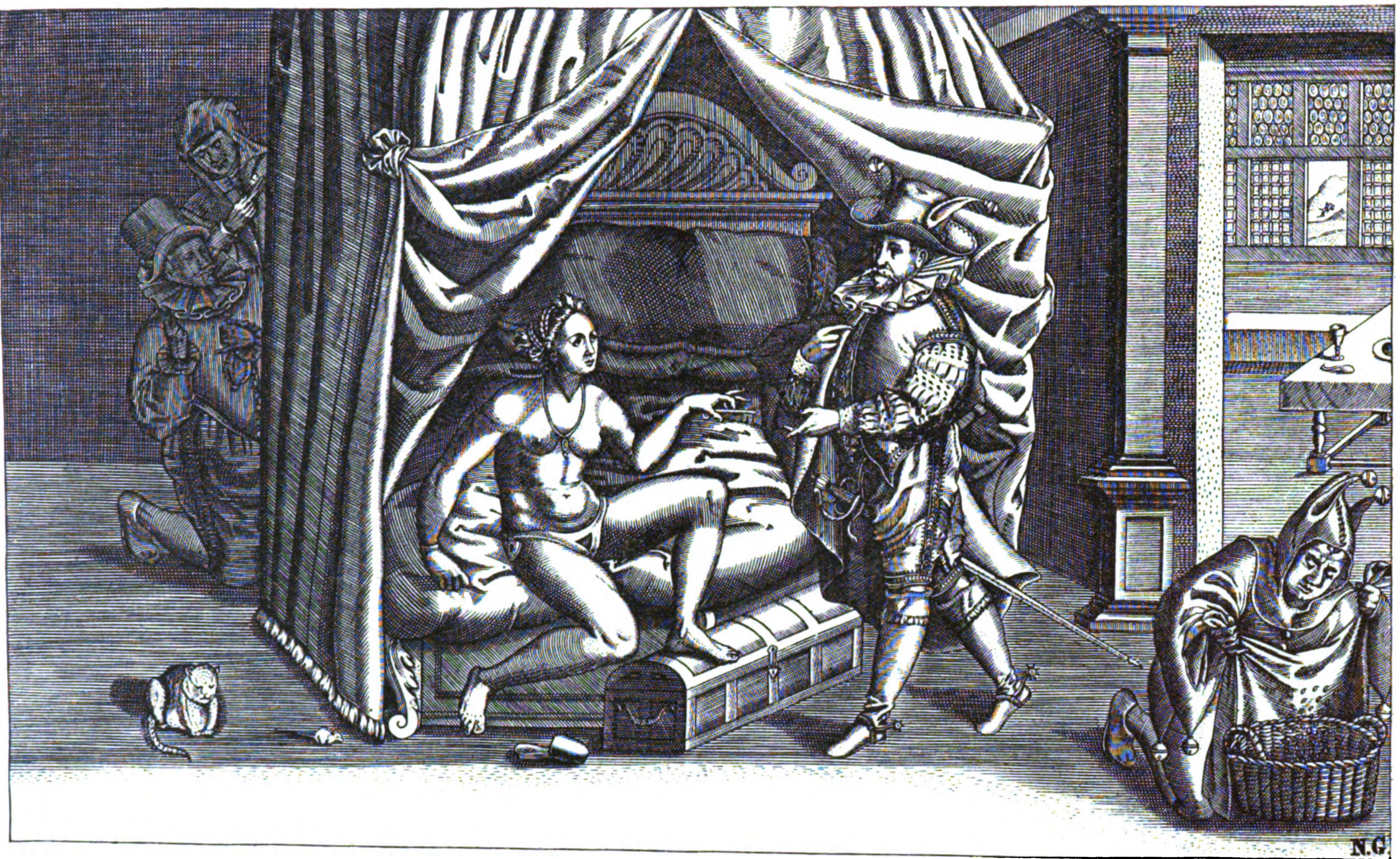


Photo-Lith: Wegner & Mottu Amst.

ausnimmt und mit der anderen Hand das Geld einem jungen, einen grossen Schlüssel haltenden Mann giebt, steht auf einem Spruchbande folgender Vers:

Es hilft kain Shloss für frauwen list
Kain trew mag sein dar lieb nit ist
Darumb am Schlüssel der mir gefelt
Den wol ich kauffen umb dein gelt.

Maar laat ons de beide gordels eens wat naderbij beschouwen.

Zij bestaan uit een (met fluweel of zeemleder bekleeden) 1.5 cm. breeden ijzeren gordel, die aan elke taille nauwkeurig kan worden aangepast, daar hij op een afstand van 7.5 cm. telkens een scharniergeleding heeft en aan de beide uiteinden, die op het midden van den buik samenkomen, een reeks van verticale smalle openingen vertoont.

Juist daar tegenover aan de rugzijde, dus op de processus spinosi van de lendenwervels, loopt een hol gebogen, eveneens van scharniergeledingen voorzien, gedeelte naar beneden, dat dus tegen het sacrum aansluit. Een weinig meer naar voren vertoont het een ronde opening van 3.5 cm. middellijn, die met een dubbele rij tanden voorzien is, en met den anus moet correspondeeren; vervolgens eene ovale, niet minder met tanden gewapende opening, en daarna een tot aan het midden reikend opstijgend gedeelte, dat voorzien is van een naar buiten uitstekende verhevenheid, waarover de verticale openingen van den horizontalen gordel juist passen. Die verhevenheid nu is op zijne beurt ook van eene opening voorzien, welke dient om een slot op te nemen, dat, pour couronnement de l'édifice, natuurlijk de beide loodrecht op elkaar staande gedeelten, in hunne onderlinge verhouding moet handhaven. Op plaat II fig. 1, 2, 3 en 4 ziet men nauwkeurige afbeeldingen van deze twee gordels.

Tot zooverre was ik gevorderd met deze mededeeling, toen ik door de welwillendheid van een boekenminnend landgenoot, inzage kon nemen van een boekje, getiteld: «Les Cadenas et Ceintures de Chasteté. Paris, J. Liseux, Editeur, 1883», dat behoort tot de «Ouvrages curieux, imprimés en petit nombre et non destinés au commerce de la nouveauté», en daarom vrij moeielijk te bemachtigen is. Daaruit bleek mij, dat er in het buitenland ook Ceintures de chasteté bekend zijn zooals de beide door mij gevondene, omdat daarvan eene afbeelding wordt gegeven, terwijl bovendien nog een andere vorm van gordel, ontleend aan N. Chorier's «Dialogues de Luisa Sigea» besproken en afgebeeld wordt. De beschrijving daarvan luidt aldus: «Un grillage d'or est maintenu fixé sur le pubis par quatre chainettes dont deux, sondées an haut de la grille, s'attachent par devant à la ceinture: deux autres s'attachent par derrière en passant sous les cuisses..... Par derrière, au dessus des lombes, la ceinture est fermée au moyen d'une serrure. La grille, haute de six pouces environ et large de trois, va ainsi du perinée à la partie supérieure des lèvres externes, elle couvre tout l'espace qui s'étend entre les deux cuisses et le bas ventre. Comme elle est formée de trois rangs de mailles écartées, elle permet le passage de l'urine, mais ne laissait pas passer le bout du doigt. Ainsi, comme d'une cuirasse, se trouve défendue contre

mentules étrangères cette partie, dont celui qui, de par le loi d'Hymen est le propriétaire, sait se rendre, quand il veut, l'accès facile».

Ik vond dezen vorm afwijkend genoeg van de anderen, om hem ook nog een plaatsje op plaat I in te ruimen, en er de lezers een afbeelding van te doen zien in fig. 4.

En hiermede zou ik deze mededeeling kunnen besluiten.

Ik doe dit echter niet zonder de woorden aan te halen van den schrijver van dit zeldzaam, met groote zaakkennis geschreven boekske, als hij zegt: «Qu'une telle pratique ait existé chez aucun peuple Européen à l'état de coutume générale, d'usage établi, nul ne le prétend. Mais en Espagne, en Italie et même en France, les maris ou les amants jaloux, qui ont jugé à propos d'y contraindre leurs femmes, étaient peut-être plus nombreux qu'on ne pense. Quoiqu'en ait dit Molière, les verroux et les grilles sont des obstacles d'une efficacité réelle; l'efficacité sera plus grande encore si cette serrurerie est appliquée à la personne même de la femme, rendue ainsi artificiellement invulnérable. A un point de vue très égoïste, le corps de la femme est comme le garde-manger des plaisirs de l'homme: quoi de plus simple que de mettre au garde-manger un Cadenas, de peur que quelque intrus ne vienne faire main basse sur les meilleurs morceaux, et dévorer les friandises?»

Ook ik geloof dat er meer gebruik van kuischheidsgordels gemaakt is dan men wel denkt, en dat wel omdat ik b.v. vond aangeteekend [1]), dat in 1669 te 's Hage een, aan den Prins van Oranje opgedragen, door D. C. de Nanteuil geschreven, tooneelspel het licht zag, dat ten titel heeft: «L'amour sentinelle ou le Cadenas forcé».

Ware dit onderwerp toen volstrekt niet oirbaar geweest, had het alleen in intimis kunnen behandeld worden, dan zoude die opdracht toch stellig wel achterwege gebleven zijn, al mogen wij ook, op den naam des schrijvers afgaande, aannemen, dat het een buitenlandsche pennevrucht is, die op vaderlandschen bodem werd overgebracht.

Maar bovendien kan ik met zekerheid aantoonen, dat men in ons vaderland op het einde der 16e eeuw deze werktuigen heeft gekend, althans heeft afgebeeld en bezongen.

Deze uitspraak berust op een ontdekking waartoe ik, dank zij de welwillende medewerking van den Heer J. Phil. van der Kellen, Directeur van het Rijks Prentenkabinet, wien ik daarvoor mijn welgemeenden dank aanbied, gekomen ben, toen deze verhandeling reeds voor een deel ter perse was.

Toen ik namelijk genoemden Heer vroeg, of de zeldzame gravure, waarvan ik op blz. 187 sprak, hem bekend was, ontving ik een ontkennend antwoord, doch kort daarop de mededeeling, dat zich in het Rijks Prentenkabinet te Leiden eene uiterst zeldzame, echt Hollandsche, vermoedelijk omstreeks 1590 door een onbekend meester vervaardigde, gravure bevindt, die hetzelfde onderwerp geheel op dezelfde wijze voorstelt, en dus ongetwijfeld een copie van eerstgenoemde moet zijn.

De groote zeldzaamheid van deze prent [2]) en de ontdekking wie de

---

[1]) Playdoyer etc. Ed. Jules Gay. Avant-propos. p. IX.

[2]) Zij is, zonder marge, hoog 175 mM., breed 282 mM.; de bovenmarge is 20 mM.,

daarop afgebeelde personen voorstellen (hetgeen hier tot nog toe onbekend was), waardoor hare historische waarde belangrijk verhoogd wordt, deed ons besluiten er eene reproductie van te laten maken en die aan deze verhandeling toe te voegen.

Merkwaardigerwijze heeft men zich in 1590 niet tevreden gesteld met het copieeren van de prent, doch er, in plaats van het op blz. 187 vermelde onderschrift, volgens de destijds gebruikelijke manier, eene dichterlijke «verclaeringe» op afgedrukt, en dat wel in twee idiomen.

Beide zijn te karakteristiek om ze hier niet op te nemen.

Op de bovenmarge dan leest men:

Wie jalours syn wil die siet vry my
Want hier meucht ghy sien wat die jaloursheyt sy
Daerom vorhaer wil U wachten ghy
Want al hebt ghy een vrouken schoon en gracieux daer by

En wilt U daerom in geen jaloursheyt begeuen
Want ghy maeckt U selven maer suur het leuen
Maer wilt U vroukens het heure gheuen
So meucht ghy onbevreest met heur in vreuchden leuen.

Op de ondermarge staan de volgende vier coupletten:

Wer Eyfferen wil der shaw hie an
Wie es geht fast ein jedern Mann
Ich sag furwar fuer Frawen list
Uff erden nichts verborgen ist.
Es hatt ein Man ein frawlein schon
Der hat ein reis genomen an,
Die weil er aber ein eifferer war,
Macht er ein bruch von eisen gar.

Darmit er fromm behielt sein Weib
Zog er das ihr an ihren leyb
Und heing ein stackes schloss darfur
Das niemand offnen soltt die theur
Nam auch den Schlussel und zog hin
Das weib stach bald und eselt ihm,
Di weil ein alt weib hinderm bett
Zum Schlos ein andern Schlussel hett.

Also der man wird gleich gehalten
Eim narren der wolt floh behalten
In einem Korb und doch kondt nitt
Macht ihm nur muh und arbeit mit.
So geht auch ein der eiffern wil
Hat nicht denn angst und sorgen viel

---

de ondermarge 38 mM., terwijl op de eerste een Hollandsch en op de tweede een Duitsch vers is afgedrukt.

Gleich wie die floh im korb nicht pleiben
Also das Schloss sein gang wirdt treiben.

Wann einer wil verschliessen
Da ander mehr drumb wissen
Wie mans auff machen kan
Musz haben ein solcher man
Schellen an sein ohren
Das er sieht gleich ein thoren,
Dann ist de katz nicht zu hausz,
So hat ihren lauff die mausz.

Amsterdam, Sept. 1890.

VERLOSKUNDIGE WAARNEMINGEN

DOOR

Dr. C. N. VAN DE POLL,
Arts te Amsterdam.

Vanaf 20 Februari 1890 aangesteld zijnde als verloskundige bij de Ned. Israël. Armengemeente te Amsterdam, met het doel, zoo noodig, hulp te verleenen waar zulks door de vroedvrouwen verlangd wordt, kwam het mij voor dat opmerkingen daarbij door mij gedaan zeer geschikt als uitgangspunt konden dienen voor de mededeeling van verloskundige waarnemingen in de laatste jaren door mij gedaan. Ik besloot daarvoor reeds gebruik te maken van het eerst afgeloopen halfjaar. In dien tijd verleende ik dertien malen hulp in de 22 gevallen, waarbij hulp gevraagd werd en wel wegens

adhaesio placentae, 3 maal,
vertraagde uitdrijving der vrucht bij schedelligging, 3 maal,
dwarsligging, 4 maal,
stuitligging, 1 »
eclampsia parturientium, 1 maal,
abortus, 1 maal.

Het zij mij vergund aan deze gevallen mijne beschouwingen vast te knoopen en open ik de rij met de bespreking der

Adhaesio Placentae.

Het zal zeker niemand, wien het bekend is dat ik indertijd mijn academisch proefschrift schreef over «De behandeling in het derde tijdperk der baring» vreemd voorkomen, dat ook nu nog mijne belangstelling steeds in het bijzonder wordt gaande gehouden door mogelijke ongevallen in dit tijdperk. Met zekere voorliefde plaatste ik dus déze drie gevallen boven aan, daar zij mij de gelegenheid geven mijne opmerkingen omtrent het nageboorte-tijdperk en afwijkingen daarbij voorkomende, te bespreken. Te meer achtte ik zulks gewenscht, omdat in ons land, naar het mij toeschijnt en voorzooverre mij bekend is, te weinig aandacht is geschonken aan den strijd omtrent de behandeling in het tijdperk der nageboorte. Voorzeker toch is dit een onderwerp dat èn voor de barende èn voor den verloskundige van het grootste belang is.

Het blijkt al spoedig dat van de drie zoogenaamde vasthechtingen der placenta, zooals de briefjes der vroedvrouwen vermeldden, één dient weg te vallen. Geval IX van het register toch, betreffende eene VII para van 35 jaar, was geen geval van adhaesio placentae. Toen ik bij de patiente aankwam was er wel is waar haemorrhagie en de placenta nog niet verwijderd, doch deze lag in de vagina. De vroedvrouw had pogingen aangewend om haar weg te nemen en, daar zulks niet gelukte, gemeend dat zij met vastgroeiing der moederkoek te doen had. De placenta werd gemakkelijk door mij weggenomen; de bloeding bleef aan-

houden. Met het oog daarop en met het oog op de pogingen door de vroedvrouw aangewend, irrigeerde ik het cavum uteri met eene heete 3% carbolzuur-oplossing (40° R.), waarna de bloeding stond. Patiente overleed 15 dagen later aan eene dubbelzijdige pneumonia crouposa.

Ik maak nochthans melding van dit geval, daar het als bewijs kan strekken hoe de mogelijkheid bestaat dat de diagnose adhaesio placentae gemaakt wordt, terwijl daarvan in den waren zin van het woord geen sprake is en wij dus met het stellen dier diagnose voorzichtig moeten zijn.

De twee andere gevallen moeten, mijns inziens, wel degelijk in die rubriek vallen. Geval VII betrof eene XII para van 40 jaar. Bij bestaande hevige haemorrhagie, ondanks voldoend aanwezige nageboorte-weeën, bleek het onmogelijk de placenta volgens den door Credé aangegeven handgreep te verwijderen. Wegens den hoogen graad van anaemie waarin ik de vrouw aantrof, aarzelde ik niet de hand in te brengen en bespeurde ik dat de placenta voor een groot gedeelte los was, terwijl het overige gedeelte vast was aangehecht. Dadelijk na de verwijdering was de bloeding opgehouden en trok de uterus zich goed samen. Het beloop van het kraambed was ongestoord.

Geval XX betrof eene IX para van 41 jaar. De zwangerschap werd afgebroken in de zevende maand. Bij mijne aankomst was de patiente zeer anaemisch, de pols nauwelijks te voelen. Vóór tot de uithaling der placenta werd overgegaan kreeg de vrouw eene aether-injectie. Na verwijdering der placenta, die bijna over hare geheele uitgebreidheid met den vóórwand der baarmoeder vergroeid was, werd met heete carbolzuur-oplossing geirrigeerd. De bloeding stond daarop, de uterus trok zich goed samen. De vrouw werd goed in wol, waartusschen warme kruiken, ingewikkeld. Het beloop van het kraambed was ongestoord. Het aantal gevallen van adhaesio placentae bepaalt zich dus tot twee, en wel één voorkomende op 92 verlossingen (in de eene wijk) en één op ongeveer 100 verlossingen (in eene andere wijk). Bij de verlossingen in de particuliere praktijk, waarvan ik aanteekening hield, kwam geen enkel geval van adhaesio placentae voor.

Geheel te ontkennen dat deze afwijking voorkomt gaat dus niet aan en Credé ging indertijd zeker te ver, toen hij na de invoering van den naar hem genoemden handgreep, het bestaan der adhaesio placentae tot het rijk der phantasie terugbracht. En waar Treub zich aan zijne zijde schaart, indien hij beweert dat energisch wrijven en kneden van de baarmoeder ten slotte elke placenta losmaakt, komt het mij voor dat ook deze uiting cum grano salis is op te vatten. In het laatstgenoemde geval trachtte ik, vóór het wegnemen der placenta, op die wijze flinke samentrekkingen op te wekken, om daardoor de placenta los te maken en uit te drijven, doch de uitslag beantwoordde geenszins aan de verwachtingen. Dat trouwens energisch wrijven volstrekt niet altijd gevolgd wordt door samentrekkingen van den uterus bewijzen die gevallen, waarin tot andere middelen voor bloedstelping moet worden overgegaan. Een zeer sprekend bewijs levert wel de houding eener baarmoeder bij eene sectio caesarea door v. d. Meij verricht, waar na verwijdering van kind en secundinae, ondanks het kneden en samenknijpen van de baarmoeder, deze een slappe zak gelijk bleef en eerst met contracties begon te reageeren op de prik-

keling, uitgeoefend door een in heete sublimaat-oplossing gedrenkten lap jodoform-gaas, welke in den uterus gebracht was [1]).

Toch verdient het opmerking dat juist de twee gevallen van adhaesio placentae voorkwamen in der vroedvrouwen praktijk. Als van zelf drong zich de vraag bij mij op, of deze adhaesio placentae dan misschien moet opgevat worden in den zin van Ahlfeld, die spreekt van: «*Retention* «mit Blutungen (welche), nach erfolglosen Versuchen mit dem Credé-«schen Verfahren aus zu kommen (nöthigten), zur Lösung und Heraus-«nahme der Placenta aus der Gebärmutter» [2]). In dat geval komt het op hetzelfde neder wat het operatief ingrijpen betreft, doch vervalt het begrip van abnormaliteit met betrekking tot de adhaesio, waaronder ongewoon vaste aanhechting verstaan wordt.

Moeilijk echter laat zich dit rijmen met de opmerking van Credé, dat zijne wijze van handelen, indien die algemeen werd aangewend «das «Gespenst der verwachsenen Placenten verscheuchen» zou, daar juist Ahlfeld de retentio als gevolg van Credé's ingrijpen opvat. Ook de opmerking van Treub staat dan lijnrecht tegenover de meening van Ahlfeld, daar zijn energisch wrijven en kneden zeker nog storender, volgens Ahlfeld's begrip, moet inwerken op de physiologische uitdrijving der placenta en dus juist het aantal gevallen van retentio placentae moet doen toenemen.

Geheel zonder indruk laat mij de opmerking van Ahlfeld, die zeker eene eerste plaats inneemt onder hen die zich met de studie van het derde tijdvak bezighielden, niet. Hij, als voorstander der afwachtende methode, ziet zoowel in de Credé'sche als in de Dubliner methode eene aanleiding voor eene zoodanige stoornis in de physiologie van het nageboorte-tijdperk, dat ongunstige gevolgen niet kunnen uitblijven. Daartoe rekent hij dan, behalve het dikwijls afscheuren van de eivliezen, terugblijven van gedeelten der placenta, bloedingen dadelijk na de expressie, nabloedingen en «Spätblutungen», ook de retentio placentae, welke laatste rubriek, volgens blz. 24, gedeeltelijk adhaesio placentae omvat, daar er sprake is van «Lösung der Placenta», dus van manueel opheffen der nog bestaande verbindingen tusschen dit deel der secundinae en den baarmoederwand. Credé zelf schrijft deze ongunstige gevolgen toe aan het niet juist uitvoeren van zijnen handgreep, o.a. aan hevig wrijven en kneden (Ausquetschen).

De twee gevallen door mij waargenomen zouden dus retentie-gevallen kunnen zijn en wel volgens Ahlfeld, omdat de Credé'sche handgreep werd uitgeoefend, volgens Credé omdat (misschien of waarschijnlijk) zijn handgreep niet *juist* werd uitgevoerd. Dit laatste kan eenig gewicht in de schaal leggen voor de aanhangers van den Credé'schen handgreep, daar zij, evenals ik, weten dat werkelijk die wijze van placentaverwijdering dikwijls door vroedvrouwen, ja door collegae, onjuist en niet ten geschikten tijde in toepassing gebracht wordt. Eén van de eischen die Credé stelt is het post partum zachtkens wrijven van de baarmoeder, om daardoor bestaande weeën te versterken of lang uitblijvende

[1]) Dit tijdschrift. 1e Jaargang, blz. 58 en 59.

[2]) Ahlfeld. Abwartende Methode oder Credé'scher Handgriff? Leipzig 1888. S. 24.

weeën kunstmatig te voorschijn te roepen, terwijl dan door zachten druk van de door de geheele hand, met uitgespreide vingers, omvatte baarmoeder naar de uitholling van het sacrum toe, doch steeds gedurende de acme eener wee, de placenta wordt uitgedreven. Wordt daarop gelet, dan kan eene omstulping, eene inversio uteri, niet ontstaan. Zelden is het noodig langer dan 15 minuten te wachten met het uitdrukken der placenta, zegt hij, en nooit mag men ongeduldig worden of «stürmisch bei den Handgriffen». Dat zulks inderdaad gevaarlijk worden kan bewijst ons een der gevallen door Schouwman[1]) beschreven, waarbij gedeeltelijke inversio uteri werd gemaakt, door het met groote krachtsinspanning uitvoeren van den Credé'schen handgreep. Intusschen komt het mij voor, aangenomen zelfs dat de uitvoering van den Credé'schen handgreep door de vroedvrouwen in de beide genoemde gevallen onhandig geschiedde, dat er hier wel degelijk adhaesio placentae en niet retentio bestond, hetgeen ik voornamelijk afleid uit de moeilijkheid die de vaste peesachtige vergroeiing van enkele gedeelten voor het losmaken opleverde.

Als vanzelf zijn wij geraakt tot den strijd die nu reeds jaren heerscht tusschen de aanhangers van Credé en die van Ahlfeld, de eerste de *spoedige* kunstmatige uitdrijving, de tweede de afwachtende houding met *late* kunstmatige uitdrijving der placenta vertegenwoordigend.

Het onderscheid bestaat voornamelijk in twee punten: 1°. de wrijvingen van den uterus na de geboorte van het kind, 2°. het tijdstip waarop de handgreep van Credé wordt uitgevoerd. Naar mijne meening is het tijdsverloop tusschen de geboorte van het kind en de aanwending van den handgreep veel minder het kenmerkend verschil dan het al of niet wrijven van den uterus, ofschoon Ahlfeld juist aan dat tijdsverschil groote waarde hecht. Zonder er verder op in te gaan of, zooals Ahlfeld meent, de Schultze'sche wijze van het geboren worden der placenta de natuurlijke is dan wel die van Duncan, zooals door anderen beweerd wordt, wijzen wij er op dat, volgens Ahlfeld, de door het eenvoudig betasten van de baarmoeder opgewekte samentrekkingen reeds storend inwerken op de physiologische losmaking der secundinae (volgens Schultze) en zoodoende reeds de eerste stap gedaan is voor stoornissen in het derde tijdperk. Mij komt het voor dat deze opmerking vrijwel op losse schroeven staat. Afgezien daarvan dat het niet aangaat ééne bepaalde wijze van losmaken en uitdrijven der placenta aan te nemen in den zin zooals zulks door verschillende auteurs geschiedt, daar zoovele factoren in het spel komen, als daar zijn: grootte, dikte, plaats van aanhechting der placenta, enz., kan het een punt van strijd uitmaken of samentrekkingen der baarmoeder, die per slot van rekening de geheele losmaking hebben te volbrengen, kunstmatig mogen worden opgewekt of wel, natuurlijk opgetreden, mogen worden versterkt. Credé vindt daarin geen bezwaar, Ahlfeld wel. Dat verschil is de aanleiding tot beider uiteenloopende meening, is oorzaak dat de aanhangers van de afwachtende methode ongeveer 1½ uur wachten met het uitdrijven der placenta, terwijl zij die de Credé'sche behandelingswijze volgen, spoedig na de geboorte van het kind, hoogstens

---

[1]) Over de behandeling van uterusbloedingen post partum met tamponade. Dit tijdschrift 1e Jaargang, blz. 261. Geval III.

ongeveer 15 minuten, die uitdrijving doen plaats hebben. De laatste meenen dat door kunstmatige opwekking van samentrekkingen de secundinae spoediger, doch overigens even goed worden losgemaakt als door de natuurlijk opgetreden contracties. De eerste schrijven daaraan, behalve de boven reeds genoemde nadeelen, nog onvoldoende involutie der genitaliën, koorts in het kraambed, septische aandoeningen, ja doodelijk eindigende ziekte toe. Dat zij daarin te ver gaan is duidelijk en zelfs statistieken zouden niet kunnen bewijzen dat b.v. septische aandoeningen of dood het gevolg zijn van het 5 kwartier vroeger verwijderen der placenta en der eivliezen. Er bieden zich bij een partus zoovele portes d'entrée voor sepsis aan, dat het minstens genomen vreemd schijnt, alleen Credé voor de ongevallen in het kraambed verantwoordelijk te willen stellen!

In het algemeen behoeft men, naar mijne overtuiging, niet langer dan 30 minuten na de geboorte van het kind te wachten met het toepassen van den Credé'schen handgreep.

De wijze waarop door mij in de laatste jaren gehandeld wordt, is noch lastig, noch gevaarlijk. Zij houdt het midden tusschen beide methoden. Dadelijk na de geboorte en verwijdering van het kind wordt de vrouw op den rug gelegd, de navelstreng tusschen de beenen omhoog geslagen, de vulva en hare omgeving flink gereinigd met sublimaat-oplossing 1 : 1000, de vrouw op eene schoone onderlaag gelegd en de vulva door een prop verbandwatten afgesloten. Van tijd tot tijd wordt de baarmoeder gecontroleerd door de van buiten opgelegde hand, de pols en de kleur der lippen opgenomen, terwijl het al of niet aanwezig zijn van belangrijke bloeding gemakkelijk en spoedig kan worden nagegaan aan de watten, die dan meer of minder met bloed zijn volgezogen. Na ongeveer 30 minuten kan dan gewoonlijk de placenta gemakkelijk, zonder pijn te veroorzaken, worden uitgedrukt. Daarvoor is het echter noodig de baarmoeder in het midden van den onderbuik te brengen, haar met de geheele hand te omvatten en zacht, doch krachtig, gedurende eene flinke contractie, in de richting naar de holte van het sacrum toe, naar beneden te drukken. Wordt dan de placenta met de andere hand bij het naar buiten komen uit de vulva opgevangen en, onder voorzichtig draaien, verwijderd, dan komen de eivliezen gemakkelijk mede. Dikwijls is dat oprollen der eivliezen niet eens noodig. De tijd van 30 minuten komt vrijwel overeen met den tijd dien de baker noodig heeft om het kind te verzorgen.

In zeer vele gevallen viel het mij op dat de vrouwen zelf aangaven wanneer ik de secundinae kon verwijderen. Indien zij, na eenigen tijd, klaagden over pijn in den buik en daarna over pijnlijk en drukkend gevoel in de stuit, kon ik vrij zeker zijn dat de placenta reeds uit het cavum uteri gedreven was. Een zeer kalm uitgeoefende druk deed haar dan te voorschijn treden. Van methodisch aangewend wrijven is dus geen sprake. Mag het al zijn dat de controleerende hand eene contractie opwekt, dàt is haar doel niet. Niet altijd gelukt de eerste aanwending van den Credéschen handgreep. Dat is geen bezwaar, men wacht dan op eene volgende nageboorte-wee of wekt er, door wrijving, eene op. En kwam het eene enkele keer voor dat een gedeelte der eivliezen in de geboorte-wegen achterbleef, dan liet ik het eenvoudig aan de natuur over dat gedeelte uit te drijven. Na eenige dagen werd mij dan, al of niet geheimzinnig,

door de baker medegedeeld, dat er «nog wat gekomen was». Nadeelige gevolgen zag ik daarvan niet.

Alleen dan wanneer de hoeveelheid bloed die in de watten wordt opgevangen, mij te groot toeschijnt, wrijf ik den uterus om samentrekkingen te voorschijn te roepen en druk ik, indien de bloeding mij dan nog abnormaal voorkomt, de placenta dadelijk uit.

Deze leiding van het nageboorte-tijdperk heeft mij nog geen enkele maal berouwd. Op deze wijze wordt het ingaan met de hand om de secundinae te verwijderen, eene ingrijping die zoovele gevaren in zich sluit, tot een minimum teruggebracht, terwijl ook een gezegde, dat wel eens door den praktiseerenden geneesheer of door de vroedvrouw wordt te berde gebracht: «Dat kost mij te veel tijd», daarmede vervalt. Dit laatste geldt niet voor de afwachtende methode. Het is in het algemeen in de praktijk ondoenlijk 1½ à 2 uur te wachten alvorens men de placenta verwijdert. Waar er dan een middel bestaat om te gemoet te komen aan het verlangen der moeder, d. i. verlost te zijn, en aan de eischen die de praktijk aan den geneesheer stelt, zonder dat daaruit nadeelen ontspruiten, grijpe men dat middel aan.

Gaan wij nu na welke andere oorzaken, buiten de vastgroeiing der placenta, de uitdrijving der nageboorte kunnen vertragen, dan moeten wij denken aan de geheele of gedeeltelijke afwezigheid van weeën en aan krampachtige contracties der baarmoeder.

In het eerste geval zal, wanneer de placenta nergens losliet, de vrouw door geen gevaar bedreigd zijn. Meestal is zulks echter niet het geval, daar de placenta gedeeltelijk los is. Het optreden eener meer dan gewone bloeding is daarvan een natuurlijk gevolg. Het is dus noodzakelijk daarop in het bijzonder te letten. Eenige dergelijke gevallen nam ik waar na zeer snelle uitdrijving van het kind en na langen duur der beide eerste tijdperken met opvolgende forcipale extractie. Het is alsof de baarmoeder eerst eens wil uitrusten voor aleer zij met het laatste gedeelte der baring een begin maakt of wel voor het oogenblik de kracht mist om haren plicht te vervullen. Het bloed vloeit dan voortdurend in groote hoeveelheid af, terwijl de baarmoeder minder vast aanvoelt dan zulks gewoonlijk het geval is; of de bloeding naar buiten is gering, de baarmoeder groot, staat hooger en is week bij betasting, waaruit men besluit dat zij met bloed gevuld is (inwendige bloeding). Bij buitengewone in- of uitwendige bloeding verandert buitendien de pols, de vrouw gevoelt zich onaangenaam, wordt benauwd en onrustig, terwijl bij steeds voortgaande bloeding spoedig alle verschijnselen optreden die wij bij beginnende verbloeding waarnemen. Dat men in geval van meerderen of minderen collaps te doen heeft met inwendige bloeding en niet met plotseling ingetreden hersen-anaemie, als gevolg van de snelle ontlediging der baarmoeder, waardoor de vaten der buikingewanden als overstroomd worden met bloed, blijkt uit den toestand waarin de uterus verkeert.

In zulke gevallen is het zaak vóór alles de blaas, indien die gevuld mocht zijn, te ontledigen en tegelijkertijd te trachten door wrijvingen de baarmoeder tot contractie te brengen; bij inwendige bloeding buitendien door druk de coagula te verwijderen. Veeltijds komt dan, onder voortgezet wrijven, de bloeding tot stilstand. Is zulks intusschen niet het

geval, dan is het aan te raden de placenta uit te drukken en ergotine onderhuids in te spuiten. Het toedienen van secale cornutum in poeders heeft minder spoedig het gewenschte gevolg, terwijl zij dikwijls dadelijk worden uitgebraakt.

Gelukt het niet de placenta door expressie te verwijderen, dan moet men de mogelijkheid van adhaesio placentae aannemen, indien men namelijk verzekerd is dat niet het onjuist uitoefenen van den handgreep, waardoor de ligging van den uterus veranderd, het orgaan sterk ter zijde, naar voren of naar achteren gedrukt wordt, de oorzaak is dat de nageboorte wordt teruggehouden.

Krampachtige contracties der baarmoeder, spasmus uteri, werden door mij in dit tijdperk niet waargenomen. Als oorzaken daarvoor worden o. a. opgegeven te vroeg aangewende, onhandige pogingen om de placenta te verwijderen, trekken aan de navelstreng, enz. De bloedingen daarbij zijn meestal gering, de uterus hard op aanvoelen en pijnlijk. De placenta wordt dan teruggehouden, er bestaat retentio placentae, en zij kan alleen verwijderd worden wanneer de spasmus is opgeheven, b. v. door morphine-inspuiting onder de huid, chloralhydraat per rectum, terwijl bij hevig wordende bloeding de expressie in chloroform-narkose moet worden uitgeoefend.

Dikwijls blijkt het dat ondanks de verwijdering der placenta de bloeding niet tot stilstand komt, contracties van den uterus ondanks wrijven van den fundus niet optreden. De hand die de nageboorte wegnam, hetgeen in die gevallen gebeuren moet waarin zij niet door expressie is te verwijderen, oefent wel is waar meestentijds een hevigen prikkel uit, waardoor samentrekkingen worden opgewekt, doch zelfs dat is niet altijd voldoende, evenmin als het tegelijkertijd wrijven van de baarmoeder over de inwendig gelegen hand. In zulke omstandigheden is het beter geen tijd te verliezen met wrijvingen, inspuitingen van ergotine, koude omslagen op het onderlijf of dergelijke middelen, doch wende men de irrigatie der baarmoeder aan, hetzij met ijswater, hetzij met heet water. Uit eigen ervaring kan ik de irrigatie met heete carbolzuur-oplossing (3°/₀ — 40° R.) aanbevelen. Tot nog toe gelukte het mij steeds daarmede elke atonische bloeding te bedwingen. Ik leg de vrouw dwars in bed, de beenen daarbuiten op een paar stoelen steunende, onder de billen — die op den rand van het bed liggen — een zeiltje dat afhangt in een kom, emmer of ander vat, en breng de canule van den irrigator in, nadat de lucht daaruit volkomen is verdreven, met voortdurenden druk op den fundus uteri gedurende het irrigeeren. Steeds heb ik, indien ik bij eene barende geroepen word, den irrigator met bad-thermometer en het zeiltje bij mij, zoodat — indien noodig — enkele oogenblikken voldoende zijn om de vrouw in de gewenschte houding te brengen, de vloeistof gereed te maken en zooveel te irrigeeren als vereischt wordt, zonder dat men eenige vrees behoeft te hebben voor het doornat worden van bed of vloer. Ik tracht mij dan tevens door eene onderhuidsche ergotine-injectie van voortdurende samentrekking der baarmoeder te verzekeren, met welk doel ook opgelet wordt dat geene overvulling van blaas en endeldarm plaats heeft. Het uitbreken van het kraamzweet is als een bijna zekeren waarborg op te vatten dat men verder voor geene bloeding behoeft te vree-

zen en de kraamvrouw met gerust hart kan verlaten. Komt ook al aan Ahlfeld [1]) de eer toe in 1887 er op gewezen te hebben dat met het vochtig en warm worden der huid na de bevalling gewoonlijk ook krachtige en aanhoudende samentrekkingen van de baarmoeder plegen op te treden, tusschen welke verschijnselen hij, na verdere onderzoekingen, een causalen samenhang meent te mogen aannemen, zoo kan ik niet nalaten uit mijne herinneringen het feit te voorschijn te halen dat in het laatste jaar mijner studiën, dus reeds in 1882, Prof. v. d. Meij in zijne voorlezingen met nadruk op deze verwantschap wees.

Eerst indien de irrigatie niet mocht baten schijnt het mij toe dat het tamponneeren van de baarmoeder met jodoform-gaas, volgens Dührssen, waarvan ook Schouwman [2]) eenige gevallen mededeelt, moet worden aangewend. Ondervinding van de tamponnade bij bloedingen uit den *uterus* heb ik nog niet opgedaan, daar ik tot nu toe de mij voorgekomen atonische bloedingen met de heete irrigaties kon bedwingen. In het aangehaalde stukje worden door S. eenige gevallen vermeld waaruit blijkt dat de tamponnade goede resultaten gaf, hetwelk eene aansporing is om de mogelijkheid in het oog te houden dat men van deze methode gebruik zal moeten maken en dus steeds van gaas voorzien te zijn. Toch gevoel ik mij genoopt te onderstellen dat in de gevallen II en III de tamponnade onnoodig zou geweest zijn, indien eene minder ingrijpende behandeling bij de bevalling ware aangewend geworden. In morphine en opium toch bezitten wij een dikwijls uitstekend middel om verrassend goede uitkomsten te verkrijgen bij krampweeën, zoodat men verbaasd staat over de snelle ontsluiting onder betrekkelijk weinig pijnlijke weeën. Ik stel mij voor dat indien S. dit in geval II beproefd had, de cervixruptuur vermeden had kunnen worden. Dat in geval III eene bloeding met nog grootere zekerheid kon vermeden worden blijkt, mijns inziens, ten duidelijkste uit het boven besprokene. Dat met groote krachtsinspanning eene drukking werd uitgeoefend, welke niets gemeen heeft met de

---

[1]) Ahlfeld, Berichte und Arbeite aus der geburtsh.-gynaek. klinik zu Marburg, III Band. S. 81, alwaar wij lezen: Ich will nicht unterlassen auf die Beobachtung hinzuweisen, wie mit dem Feucht- und Warmwerden der Haut nach der Entbindung gewöhnlich auch kräftige und andauernde Contractionen des Uterus einzutreten pflegen. Während ich Anfangs glaubte, dass diese beiden Erscheinungen nur zeitlich gleich, aber sonst unabhängig neben einander herliefen, kommt es mir nach weiteren Beobachtungen vor, als ob ein causaler Zusammenhang bestünde, nämlich dass die Contractionen des Uterus sich an den Ausbruch des Schweisses anschlössen.

. . . .

Es wird daher bei uns besonderer Werth darauf gelegt, dass jede Halbentbundene in der Placentarperiode sehr wohl zugedeckt wird, doch pflegt es vor Austritt der Placenta in der Regel nicht zu starker Schweisseruption zu kommen. Hingegen tritt kurzer Zeit nach Ausstossung der Placenta gewöhnlich ein sehr reichlicher Schweiss auf, dessen Hervorbrechen wir durch warmes Zudecken unter allen Umständen zu begünstigen suchen. Tritt bei dieser Behandlung kein Feuchtwerden des Körpers ein, so behalten wir die frisch Entbundene besonders im Auge, weil nach unseren Erfahrungen der Uterus leicht weich bleibt und bluten kann. Möglich, dass die Beachtung dieses Punktes neben der Einführung der abwartenden Methode die günstigen Resultäte, das fast gänzliche Fehlen von Wochenbettblutungen mit herbeiführen hilft.

[2]) Dit tijdschrift 1e Jaargang, bl. 256.

methode van Credé en dus ook niet diens naam mag dragen, en die drukking de oorzaak is geweest zoowel van de inversio uteri als van de heftige bloeding, staat vast. Een rationeeler behandeling in het derde tijdperk had waarschijnlijk de bloeding voorkomen en de tamponnade dus in dit geval onnoodig gemaakt. Ook in de verloskunde mag niet vergeten worden dat het beter is te voorkomen dan te genezen.

Doch waar men bloeding waarneemt is het in de eerste plaats noodig na te gaan, reeds vóór de uitdrijving der placenta, van waar zij haren oorsprong heeft. Het gebeurt toch dat zoowel uit eene ruptura perinei, hoewel die over 't algemeen weinig bloeding geven, als uit scheuren in andere deelen der genitalia hevige bloedingen optreden. Zoo kunnen zelfs zeer kleine inscheuringen in den omtrek van de clitoris aanleiding geven tot levensgevaarlijke bloedingen. Ik herinner mij twee gevallen van hevige haemorrhagie die haren oorsprong had bij het eene geval in twee scheurtjes naast de clitoris, bij het tweede geval in eene inscheuring juist daaronder. Bij zulke bloedingen heeft het verwijderen der placenta, als voorwaarde voor bloedstelping, natuurlijk volstrekt geen zin. Of men de placenta al verwijdert, den uterus wrijft en drukt, inspuit, enz., het helpt alles niets. In het eene geval hechtte ik de wondjes met catgut en stond de bloeding. In het andere echter kwam er uit de steekopeningen weder bloed te voorschijn. Door voortdurenden druk met watten op die openingen gelukt het die bloeding eveneens te stuiten. Beide gevallen liepen goed af.

Ook bloedingen uit wonden in het onderste gedeelte der baarmoeder, in den cervix en in de vagina kunnen ons tot ingrijpen noodzaken. Ik behandelde een geval van dien aard, waar bij forcipale extractie eene groote scheur hoog in de vagina ontstaan was. Na expressie der placenta werd de geheele vagina met jodoform-gaas stijf opgevuld, de uterus door bandagen op den buik naar beneden gedrukt, waarna de bloeding bedwongen was. Patiente genas, zonder eenig nadeelig gevolg ondervonden te hebben. De prompte bloedstelping met goed beloop van het kraambed in dit geval geeft mij de overtuiging, dat ook de tamponnade bij bloedingen ex atonia uteri een uitstekend middel is, welks aanwending wij voornamelijk aan Dührssen's mededeelingen te danken hebben.

EEN NIEUW INSTRUMENT VOOR HET VERRICHTEN VAN DEN HOOGEN EIVLIESSTEEK VOOR PARTUS ARTE PRAEMATURUS,

DOOR

Dr. W. F. UNIA STEYN PARVÉ,
Arts te 's Gravenhage.

Met belangstelling nam ik kennis van de in aflevering 2 van den tweeden jaargang van dit tijdschrift geplaatste verhandeling van Prof. Hector Treub over partus arte praematurus en de daarover in de vergadering van 18 Juni 1889 gehouden discussie. Dat Treub er in geslaagd is een instrument te bedenken, dat aan den eisch voldoet een sterkeren prikkel in de baarmoeder teweeg te brengen dan Krause met eene eenvoudige bougie verkrijgt, blijkt wel uit de resultaten bij de medegedeelde gevallen. Aan zijn apparaat zijn echter nog nadeelen overgebleven, die evenzeer aan de bougie, volgens Krause's methode verbonden zijn, terwijl buitendien voor den practiseerenden verloskundige het bezwaar bestaat, dat het apparaat zonder assistentie niet kan gebruikt worden.

Bij het opsommen en bespreken der verschillende methoden, die tot het opwekken van partus arte praematurus zijn aangewend, wordt op pag. 102 wel vermeld de eivliessteek, en medegedeeld, dat Braun zeer gunstige resultaten daarmede verkrijgt, maar de methode van Braun wordt niet nader beschreven en aan geen kritiek onderworpen.

Op verzoek van de redactie van de Geneeskundige Courant gaf ik mijne toestemming, in de Courant van 8 Juni 1890 op te nemen eene voor eenige jaren door mij gehouden voordracht over partus arte praematurus, waaraan ik in de Courant van 15 Juni toevoegde de beschrijving van een instrument, door mij gebruikt bij het opwekken van eene baring. Deze stukken, waarin ik o. a. de methode van Braun en een geval met zijne methode behandeld mededeel en een instrument beschrijf dat voor het door Braun gebruikte in de plaats kan treden als meer eenvoudig, eveneens met een geval waar ik het toepaste, zijn waarschijnlijk niet onder de oogen van Treub gekomen.

Dit geeft mij aanleiding thans het een en ander hier mede te deelen over den eivliessteek, hoofdzakelijk wat de methode van Braun en het instrument, dat ik gebruikte, betreft.

Dat de eivliessteek, wanneer hij aan het ostium uteri internum verricht wordt, vele nadeelen heeft, spreekt van zelf, daar in den regel, wat men noemt, een droge arbeid met al de gevolgen daarvan zal te wachten staan. Bij den hoogen eivliessteek, wanneer hij doelmatig wordt toegepast, bestaat dit gevaar niet, tenzij de operatie mislukt en men de vliezen te laag doorsteekt, wat echter evenzeer met de bougie van Krause

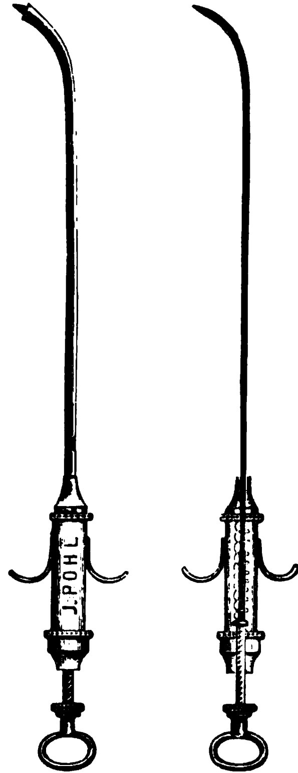
als met het apparaat van Treub (geval VII) kan plaats grijpen. Alle nadeelen, welke men in het algemeen aan den eivliessteek heeft toegeschreven, als verwondingen van moeder en kind, vertraging van de baring, pijnlijke en onregelmatige weeën, het te voorschijn roepen van ongunstige ligging van het kind, prolapsus funiculi, bemoeilijking van eventueel aan te wenden kunsthulp en dood van het kind, ontgaat men bij den hoogen eivliessteek. Heeft men in de eivliezen hoog in de baarmoeder een kleine opening gemaakt en een weinig vruchtwater doen uitvloeien, dan heeft men in deze methode een zeker middel om de baring op te wekken, dat tevens vrij snel werkend is, daar meestal binnen 24 uur, doch zeker binnen 48 uur de baring geëindigd is. Een van de opgenoemde nadeelen zoude men misschien vreezen dat wel aanwezig was, namelijk verwonding van moeder en kind; straks echter zal blijken dat daarvoor bij het gebruik van mijn instrument niet het minste gevaar is.

De methode van Braun nu is deze. Hij gebruikt de gewone, gekromde baarmoeder-sonde en een gewone ganzepen, welke aan het ondereinde is afgesneden evenals een schrijfpen, zonder dat evenwel de punt in tweeën is gespleten. Aan de rugzijde van de pen, een weinig hooger, wordt eene langwerpige opening gesneden, waardoor de sonde zoover door de pen wordt voortgeschoven, totdat de punt door de sonde bedekt en beschermd wordt. Natuurlijk worden voor het gebruik, zoowel pen en sonde, als scheede en halskanaal zorgvuldig gedesinfecteerd. Het apparaat, sonde en pen, wordt nu, nadat de vrouw dwars op het bed is geplaatst, op geleide van den vinger zoover over den inwendigen baarmoedermond voortgeschoven tusschen baarmoederwand en eivliezen, totdat het handvatsel van de sonde halverwege de vulva is gelegen. Nu wordt het handvat een weinig naar het perineum bewogen tot men den weêrstand van de eivliezen tegen den knop van de sonde waarneemt, daarna de pen over de sonde een weinig voortgeschoven en de vliezen doorstoken. Het slagen van den eivliessteek is merkbaar aan het afvloeien van vruchtwater door de pen en langs de sonde. Is eene kleine hoeveelheid afgevloeid dan neemt men gemakkelijk sonde en pen weg, maakt nogmaals eene desinfecteerende injectie en wacht het begin der baring af.

Door Braun zag ik in 1882 deze methode met succès toepassen, en toen zich in 1884 in mijn praktijk een geval voordeed om partus praematurus op te wekken, bezigde ik zijne methode eveneens met goed gevolg. Daar mij echter de ganzepen vrij primitief en minder gemakkelijk volkomen te desinfecteeren toescheen, zocht ik een instrument samen te stellen dat ganzepen en sonde in zich vereenigde, en ik geloof hierin vrij wel geslaagd te zijn, althans 15 Mei 1890 heb ik het gebruikt in een geval, straks te beschrijven, en het bleek handig en gemakkelijk in het gebruik te zijn, en een uitstekend resultaat werd verkregen.

Het instrument, dat ik bij den instrumentmaker Pohl, Buitenhof alhier, liet vervaardigen en waarvan de afbeelding hiernevens geplaatst is, is aldus samengesteld. Het geheel is van Berlijnsch zilver en 40 ctm. lang en bestaat uit een dunne buis van 30 ctm. lengte, welke aan het einde gekromd is, evenals de baarmoeder-sonde, en met een ronde opening eindigt. Aan het benedeneinde gaat de nauwe buis over in een wijdere van ongeveer 5 ctm. lengte. In de dunne buis kan zich een dunne me-

talen staaf bewegen, welke overgaat in een gebogen, dunne, stalen veer, eindigende in een holle naald met schuin afgeslepen punt. Door een spiraalveer in het dikkere gedeelte wordt de naald binnen de buis gehouden. Aan beide zijden van het dikkere gedeelte is een halve ring aangebracht, welke bestemd is voor wijs- en middelvinger. De metalen staaf is aan den onderkant verbonden met een ring, waarin men den duim kan plaatsen. Wanneer het mesje uit de boven-opening moet komen, behoeft men den in den ring geplaatsten duim slechts naar den op de halve ringen gelegen wijs- en middelvinger te drukken, de ring komt iets hooger en het mesje komt te voorschijn. Neemt men den duim uit den ring weg, dan wordt door de spiraalveer in het dikkere gedeelte de ring naar achteren bewogen en dus ook het mesje binnen de dunne buis teruggebracht. De verbinding van den ring en de metalen staaf wordt verkregen door een 3 ctm. langen schroefdraad, waarop zich een moertje kan bewegen; met dit moertje regelt men het minder of meer uittreden van het mesje. Eindelijk is er nog aan de onderzijde van de dunne buis, even voor deze in de dikkere overgaat, een kleine opening aangebracht, welke bij gebruik van het instrument even buiten de vulva komt te liggen.



Op geleide van twee vingers brengt men het instrument langzaam en voorzichtig voortschuivende in de baarmoeder; is het hoog genoeg gekomen, dan laat men het onderste gedeelte een weinig dalen, totdat men voelt dat het uiteinde tegen de vliezen drukt; nu beweegt de duim even den ring naar boven, en laat deze kort daarna weder los; de eivliessteek is verricht zooals blijkt uit het druppelen van vruchtwater door de aan de onderzijde aangebrachte opening, nadat het door het holle mesje en langs de metalen staaf, door de dunne buis gegaan is. Heeft men eenige druppels laten uitvloeien, dan verwijdert men langzaam en voorzichtig het instrument. Het gevaar van het te laag doorboren van de eivliezen, waarop ik boven wees, is met mijn instrument geringer dan met de sonde, daar het uiteinde minder puntig en breeder is.

Het voordeel van deze boven de andere methode van partus arte praematurus is ongetwijfeld dat men hier slechts éénmaal eene eenvoudige manipulatie behoeft ten uitvoer te brengen, terwijl bij de methode van Krause somtijds de bougie geheel of gedeeltelijk uit de baarmoeder schuift en dus een nieuwe manipulatie noodig is. De bougie zoowel als het apparaat van Treub blijven voortdurend een druk en prikkel op baarmoeder- en scheedewand uitoefenen, terwijl bovendien ook bij deze

beide methoden voortdurend communicatie blijft bestaan tusschen baarmoeder en de lucht, nadeelen welke de methode met mijn instrument niet aankleven.

Het goede resultaat met het instrument verkregen, blijkende uit onderstaand geval, doet mij niet aarzelen, een volgende maal vol vertrouwen van het instrument gebruik te maken.

Mejuffrouw K. was in 1886 voor de eerste maal zwanger en werd zeer moeilijk forcipaal verlost van een groot kind dat stierf. De tweede maal beviel zij ontijdig van gemelli, welke weinige uren na de geboorte stierven. De derde maal werd zij, op aanvraag van eene vroedvrouw, door mij zeer moeilijk forcipaal verlost van een groot kind, dat dood ter wereld kwam. Toen zij nu weder zwanger was en de verhouding van de afmeting van het bekken en het kind mij bleken van dien aard te zijn dat een partus a terme van een waarschijnlijk weder groot kind, groote bezwaren zoude opleveren, besloot ik partus praematurus op te wekken, liefst zoo laat mogelijk, om voor de moeder een kind te doen geboren worden, dat zooveel mogelijk kans zoude hebben in het leven te blijven.

15 Mei 1890 werd nu des morgens ten 11 ure, na zorgvuldige uitspuitingen met carbol-solutie van de vagina en het cervicaalkanaal, dat met den vinger goed werd uitgewreven, het boven beschreven instrument in dwarsligging van de vrouw voorzichtig in de baarmoeder gebracht en op bovenvermelde wijze de eivliessteek verricht. Bijna onmiddellijk vloeiden eenige druppels vruchtwater uit de opening; na een tiental liet ik den ring los en verwijderde het instrument, spoot de scheede nog eens uit met carbol-solutie en plaatste de vrouw in rugligging met den raad rustig af te wachten.

Ten 12 ure, dus één uur later, begon zij pijn in de lendenen te krijgen; des nachts ten 12 ure begonnen zich duidelijke weeën te vertoonen, die ten 2 ure hevig werden. Ten 3 ure 15 minuten vond ik een zeer ruime ontsluiting, gespannen vochtblaas en het hoofd bewegelijk op den ingang. Begrijpende dat thans gemakkelijk keering zoude kunnen geschieden, bracht ik de vrouw in narcose en ontwikkelde door versie en extractie een levend kind, dat 4 kilo woog en dadelijk krachtig schreeuwde. Het kraambed verliep zonder de minste stoornis; de hoogste temperatuur was 37.3°.

Augustus 1890.

BIJDRAGE TOT DE CASUÏSTIEK DER SALPINGOTOMIE,

(uit de kliniek van Professor TREUB),

DOOR

D. SCHOUWMAN,

Arts te Rotterdam.

Onder het reeds vrij aanzienlijke aantal laparotomiën, door mijn leermeester en vroegeren chef, Professor Treub te Leiden, verricht, bevinden zich 27 zoogenaamde salpingotomiën, operatiën ter verwijdering van één of beide pathologisch veranderde eileiders, waarvan de operateur de welwillendheid heeft gehad de geschiedenissen aan mij ter publiceering af te staan.

Op de vraag, of de mededeeling over eene serie van operaties, alle tegen het lijden van één enkel orgaan verricht, voor wetenschap en praktijk nuttig is, kan m. i. niet anders dan bevestigend worden geantwoord. Bovendien gaven verscheidene gynaecologen van naam reeds een voorbeeld.

Zoo werden in den laatsten tijd door von Rosthorn [1]) veertig gevallen medegedeeld van operatieve verwijdering der adnexa uteri, in de kliniek van Breisky door hem en zijn collega Libotzky behandeld.

Terrillon, chirurgien de la Salpêtrière, beschreef onlangs in eene brochure [2]) 32 gevallen van salpingo-ovaritis, zooals de fransche school meer juist de aandoening noemt, die wij gewoonlijk met den naam van pyo-salpinx aanduiden, door hem operatief behandeld.

Eindelijk werden nog voor zeer korten tijd door Dr. H. J. Boldt te New-York een zeer groot aantal gevallen beschreven, waarin, wegens verschillende aandoeningen, de adnexa uteri werden verwijderd [3]).

Het komt mij overbodig voor over de wijze van opereeren in het algemeen of de techniek der salpingotomie iets te zeggen. Reeds in de eerste aflevering van dit tijdschrift heeft Professor Treub de voorbereiding tot en den gang van zijne laparotomiën duidelijk omschreven, terwijl de, in elk afzonderlijk geval gevolgde en door de gegeven verhoudingen dikwijls geheel beheerschte handelwijze, uit de histories zelve voldoende zal blijken.

Gaarne vermeld ik dat mij het voorrecht te beurt viel, bij een niet onaanzienlijk deel der te beschrijven gevallen, te mogen assisteeren.

De operaties werden, op ééne uitzondering na, verricht in de Leidsche gynaecologische kliniek of, voor zoover zij uit de particuliere praxis van

---

1) Archiv für Gynaecologie, Band 37, Heft 3.

2) Salpingo-ovarite, trente-deux cas de salpingo-ovarite, traités par la laparotomie par le Dr. Terrillon, Paris, Steinheil 1889.

3) Medical Record 17 Mei 1890.

Professor Treub afkomstig zijn, in het hospitaal der Waalsche Diaconie te Leiden.

I.

Gynaecologische Kliniek. Cursus 1887—88 N°. 58 [1]).

Cornelia B. geb. P., oud 20 jaar, begon op 12jarigen leeftijd voor het eerst te menstrueeren en deed dit vervolgens geregeld om de vier weken, totdat, in de laatste drie maanden, de menses zeer profuus en om de veertien dagen zijn opgetreden, terwijl zij negen dagen duren. Pat. is sedert twee jaar gehuwd en nooit zwanger geweest, maar leidde, zoowel vóór als na haar huwelijk, een geenszins onberispelijk leven. Zij komt bovendien nog klagen over slechten eetlust, trage ontlasting en digestiestoornissen. De urine-loozing geschiedt zonder bezwaren. Pat. wordt in de kliniek opgenomen; bij onderzoek buiten narcose worden geene afwijkingen van ligging of grootte van den uterus gevonden en wegens de profuse bloeding, voorloopig secale cornutum toegediend.

26 Maart '88, 4 dagen na de opname, wordt het endometrium met de scherpe curette afgekrabd en met tinctura jodii, door middel van een uterus-staafje volgens Fritsch nabehandeld.

Bij microscopisch onderzoek van het verwijderde slijmvlies bleek slechts eene geringe endometritis glandularis te bestaan. De assistent, die het curettement verrichtte, verzuimde, tijdens de daartoe noodige chloroformnarcose, nauwkeurig bimanueel het inwendig genitaal-apparaat te onderzoeken. Den 4den April wordt pat., nadat het endometrium nog een paar malen met tinct. jodii behandeld is, op haar verzoek ontslagen, om in poliklinische behandeling over te gaan. Volgens haar zeggen voelt zij zich volmaakt gezond. Op den 23sten April wordt zij echter reeds weder opgenomen, wegens heftige pijn in den onderbuik sedert drie dagen.

Bij het op 25 April in narcose verrichte onderzoek, wordt in het rechter parametrium een resistente, elastische, ongeveer bolronde tumor gevonden, ter grootte van een klein kippenei. De tumor hangt door eene korte, potlooddikke streng met den uterus samen en is goed afgrensbaar van den bekkenwand. De uterus en de links gelegen adnexa zijn zonder afwijkingen. 27 April wordt onder de gewone voorzorgen laparotomie verricht. Nadat de buikholte in de linea alba is geopend, wordt het omentum, dat zich in de wond presenteert, naar boven geschoven, de uterus met de hand opgezocht en daarop de kleine tumor naar buiten gehaald, nadat talrijke versche adhaesies met de omliggende deelen stomp en zonder bloeding zijn losgemaakt. De tumor blijkt nu de belangrijk uitgezette en met het ovarium tot ééne massa vergroeide tuba te zijn. Het uterine uiteinde der tuba en het ligamentum latum worden met zijde bij gedeelten onderbonden en het gezwel daarop met de schaar verwijderd. De afgebonden stompen worden met jodoform bepoederd, het net wordt gereponeerd en de buikwond wordt door twee étage-hechtingen van catgut en ééne serie geknoopte zijden hechtingen gesloten. Het verband bestaat uit een compres van jodoform-gaas, een laag salicyl-watten en eindelijk

[1]) Gemakshalve zullen wij in het vervolg de gevallen uit de kliniek met de letters G. K. en die uit de private praktijk met P. P. aanduiden.

een zoogenaamd sluitlaken, ter fixatie en compressie. Pat. wordt in een verwarmd bed gebracht.

28 April is pat. den geheelen dag onrustig, heeft echter geen koorts of buikpijn. De urine wordt spontaan geloosd.

Op 6 Mei worden, nadat pat. het voortdurend volkomen goed gemaakt heeft, de zijden hechtingen uit de buikwond verwijderd en deze voor het grootste gedeelte p. p. i. genezen gevonden. Op het overgebleven granuleerende wondje wordt boor-zalf geappliceerd en pat. op 22 Mei bijna genezen ontslagen.

De uitgezette tuba bleek etter te bevatten.

Eenige maanden later kwam pat. zich nog eens geheel gezond vertoonen.

II.

P. P. Mej. N. N., oud 21 jaar, gehuwd, werd van 10 Januari tot 11 Mei 1887 op de inwendige kliniek van Prof. Huet te Leiden verpleegd. Daar werd omtrent haar het volgende opgeteekend:

Pat. is sedert een jaar ongesteld, heeft veel last van braken, pijn in lendenen en buik, benevens vóór en tijdens de urine-loozing, die zeer frequent geschieden moet. De menstruatie is geregeld.

Pat. is vermagerd en febriciteert des avonds.

In den buik is eene hoeveelheid vocht vrij aanwezig, de blaasstreek is zeer pijnlijk bij druk, de urine bevat eene geringe hoeveelheid albumen. Nadat het exsudaat in den buik afwisselend verdwenen en verschenen was, en pat. ook nog aan rechtszijdige sereuse pleuritis geleden, steeds gefebriciteerd en frequent geurineerd had, werd zij, met de diagnose chronische peritonitis op 11 Mei onverbeterd ontslagen.

Haar huisarts meende daarop rechts van den uterus eene zwelling te voelen en raadde haar aan Prof. Treub te consulteeren.

Bij een hierop volgend onderzoek in chloroform-narcose wordt inderdaad rechts, naast den uterus een ongeveer kippenei groot gezwel gevonden, met eenige kleinere knobbeltjes er naast, terwijl aan de bovengrens van het gezwel een potlooddikke harde streng tot aan den rechter uterushoorn verloopt. Links is de tuba eveneens in een dergelijke dikke harde streng veranderd, het ovarium waarschijnlijk normaal. De diagnose wordt gesteld op dubbelzijdige, waarschijnlijk tuberculeuse salpingitis, rechts met een klein ovariaal-gezwel gecompliceerd. Daar bij het geheel normaal zijn der urine het ook aan Prof. Treub waarschijnlijk voorkomt, dat er verband bestaat tusschen de gevonden afwijkingen en de tenesmi vesicae, wordt tot operatieve verwijdering der adnexa uteri geadviseerd.

Den 9den Mei wordt Pat. in hare woning geopereerd, waardoor het vooraf baden moest achterwege blijven. De buikholte wordt op de gewone wijze geopend.

Daarop blijkt aan de rechterzijde de onregelmatig gezwollen, hier en daar meer dan pinkdikke tuba op twee plaatsen met dundarmlissen vergroeid te zijn. Op de plaatsen der vergroeiing vertoonen de darmlissen kaasachtig uitziende knobbels. De ongeveer kippenei groote ovariaaltumor is intraligamentair ontwikkeld; aan den grooteren tumor hangen drie kleinere, van erwt- tot knikkergroote hydatiden.

De beschreven tumor-massa wordt stomp uitgepeld en daarna de tuba

afgebonden en afgesneden. De cysten bevatten alle waterhelder vocht en zijn zeer dunwandig. De tuba bevat eene dikke kaas-massa. Aan den rechter uterus-hoorn zit bovendien subsereus nog een knikkergroot gezwel. Aangezien het twijfelachtig is of men met een subsereus fibromyoom of met een kaashaard van het interstitiëele tubair-gedeelte te doen heeft, wordt de serosa gekliefd, evenzoo een dunne spierlaag doorsneden en inderdaad een kaashaard gevonden. Met een dubbel gechargeerde naald worden nu twee zijden draden onder den haard doorgevoerd, de draden stevig geknoopt en het afgesnoerde stuk weggesneden.

De linker tuba, die minder dik, maar overigens gelijk aan de rechter veranderd is, maar geene adhaesies vertoont, wordt zoo dicht mogelijk bij den uterus afgesneden en afgebonden.

Aangezien de wond in het rechter ligamentum latum nagenoeg niet bloedt, wordt dezelve niet getamponneerd maar evenals de stompen der ligaturen met jodoform bepoederd, de draden afgeknipt en de buikwond op de boven beschreven wijze gesloten en verbonden.

Pat. is den eersten nacht na de operatie zeer onrustig, zoodat den volgenden morgen het verband opgeschoven is en de wond bloot ligt, waarop natuurlijk het verband wordt vernieuwd.

Eerst na vier dagen wordt de urine spontaan geloosd. De temperatuur is op ééne enkele uitzondering na, steeds normaal gebleven.

Den tienden dag na de operatie worden de hechtingen weggenomen en de wond, op een zeer klein gedeelte na, geheel genezen gevonden.

Hoewel de verdere genezing der wond ongestoord verloopen is, bleek later de aandoening der blaas, door het wegnemen van den tumor weinig of niet geïnfluenceerd te zijn.

III.

G. K. Vrouw C., geboren B., oud 42 jaar, is reeds vroeger in de gynaecologische kliniek verpleegd (Cursus 1887—88 N°. 42). Wij vinden daaromtrent in 't kort het volgende opgeteekend.

Pat. is in Mei 1887 voor de eerste maal forcipaal verlost, waarbij eene ruptura perinei ontstond, die gehecht werd doch niet genas, en komt in November van het zelfde jaar op de polikliniek over eene beginnende uitzakking klagen, waartegen een pessarium gegeven wordt, dat slecht blijft zitten, waarom operatieve behandeling wordt voorgesteld. Hieraan wordt den 24sten Januari '88 gevolg gegeven en patiente verlaat den 26sten Februari d. a. v. genezen de inrichting.

Korten tijd hierop krijgt pat. last van uterus-bloedingen en pijn in den onderbuik. Bij een onderzoek in chloroform-narcose wordt een gladde harde, ruim kippeneigroote tumor gevonden, die rechts vast en breed met den uterus verbonden is. Pat. verhaalt dat zij, ongeveer zeven weken te voren eene acute, met koorts en heftige buikpijn verloopende ziekte heeft doorstaan.

Eene zekere diagnose omtrent den aard van den gevonden tumor wordt niet gesteld; met het oog op de snelle ontwikkeling en de bloedingen, waarvoor geene andere oorzaak te vinden is, wordt echter besloten het gezwel te verwijderen, hetgeen op 9 Juni 1888 plaats heeft.

Nadat de buikholte in de linea alba geopend is, wordt beproefd den

uterus met den tumor in de wond voor den dag te halen, waarbij het voorliggende deel van het gezwel met eene adhaerente dundarmlis blijkt bedekt te zijn. Deze wordt stomp losgemaakt, waarbij de darm-serosa ietwat inscheurt en door twee catgut-hechtingen moet vereenigd worden. Nu blijkt aan de achterzijde van het gezwel eene tweede, even innige darm-adhaesie te bestaan, die eveneens stomp geïsoleerd wordt. Hierbij komt een scheurtje in den tumor-wand, waaruit een druppel etter te voorschijn komt. De opening wordt daarom tijdelijk met een pincet van Péan gesloten. Nadat het gezwel door onderbindingen van het ligamentum latum en van den, naar den uterus voerenden steel is geïsoleerd, wordt het weggeknipt; eene adhaesie met de blaas kan gemakkelijk stomp worden losgemaakt. Het gezwel blijkt nu eene tubo-ovariaal-cyste te zijn, waaruit bij het wegnemen etter vloeit, die echter niet met de buikingewanden in aanraking komt. De stompen worden hierop met jodoform bepoederd en de draden afgeknipt. De linker adnexa uteri blijken normaal te zijn, waarop de buikwond op de gewone wijze wordt gesloten en verbonden.

Het gezwel blijkt geheel met afschuwelijk stinkenden etter gevuld te zijn.

Gedurende de drie eerste dagen na de operatie braakt pat. voortdurend, evenals zij steeds na vroegere narcoses deed. De urine-loozing geschiedt van den beginne spontaan.

Pat. blijft steeds afébriel. Na tien dagen worden de hechtingen uitgenomen en blijkt de wond genezen te zijn, waarop pat. den 23sten Juni het bed en eene week daarna in welstand en wat haar uiterlijk betreft zeer vooruitgegaan, het Ziekenhuis verlaat.

IV.

P. P. Mejuffrouw N. N. 33 jaar oud, is elf jaar gehuwd en éénmaal vóór negen jaar zonder kunsthulp bevallen. Sinds bijna een jaar klaagt pat. over hevige pijn in den rug, waarbij zich weldra tenesmi van de blaas voegden, die echter weder weken, na applicatie van een ringvormig pessarium. In de laatste maanden klaagde pat. ook over pijn in de linker onderbuikstreek. De behandelende medicus ontdekte eene zwelling links van den uterus, die hij voor een parametritisch infiltraat hield en met resorbentia behandelde.

De menses bleven steeds regelmatig en niet zeer profuus. Er bestond veel fluor albus.

Bij een onderzoek op 30 Augustus 1888 werd gevonden, dat de vulva zeer rood was en er zich in de vagina eene groote hoeveelheid smerige, etterige afscheiding bevond, terwijl er uit de urethraal-opening eveneens etter kon gedrukt worden. De niet vergroote uterus lag in anteflectie, terwijl links een breed met den uterus samenhangenden, gladden, slap-elastischen tumor werd gevonden, die vrij goed bewegelijk en behoorlijk van den bekkenwand afgrensbaar was. Het ovarium was niet afzonderlijk te voelen. Rechts was het kleine ovarium, in het cavum Douglasii verplaatst, waar te nemen.

De diagnose werd op pyo-salpinx gesteld en den 7den September d. a. v. de laparotomie verricht.

Hierbij blijkt de tumor inderdaad door de linker tuba gevormd te

zijn. De grootte bedraagt ongeveer die van een ganzenei, terwijl het gezwel grootendeels intraligamentair ontwikkeld is. Het breede baarmoederband wordt in drie gedeelten met zijde onderbonden en hierop de tumor verwijderd. Het rechter, zeer atrofische ovarium wordt zeer innig vergroeid gevonden met het onderste gedeelte der achtervlakte van het breede band. Het wordt in situ gelaten. Na jodoformisatie der stompen wordt de buikwond gehecht en verbonden.

Den eersten dag stijgt de temperatuur tot 38,6°, terwijl zij gedurende de vier volgende dagen bleef schommelen tusschen 37,1° en 38,2° en de pols-frequentie van 80 tot 100 varieerde. Daarna bleven temperatuur en pols normaal. Den 18den September werden de draden weggenomen en de wond geheel genezen gevonden. Drie dagen daarna verlaat pat. het bed en een week later wordt zij genezen ontslagen.

De geëxstirpeerde tuba bevat geen etter, maar sero-sanguinolent vocht.

Op raad van Prof. Treub werd nog de bestaande etterige endometritis behandeld met applicatie van 50% chloorzink-oplossing, doch na de tweede aanwending hiervan ontstond onder vrij heftige algemeene verschijnselen een linkszijdig parametritisch exsudaat, dat eerst na eene langdurige behandeling genas.

V.

P. P. Mevrouw N. N., 33 jaar oud, is éénmaal, vóór acht jaar bevallen. Voor eenigen tijd is zij uit Indië gekomen met veel last van fluor albus en daartegen hier behandeld met glycerine-tamponnade en cauterisatie van de portio vaginalis met nitras argenti, waarop de fluor bijna verdween. De menstruatie heeft plaats om de drie weken en duurt drie of vier dagen.

Vroeger heeft pat. veel pijn in den linkeronderbuik gehad, in den laatsten tijd echter niet meer.

Pat. consulteert Prof. Treub wegens haar verlangen om weder gravida te worden. Bij onderzoek wordt de portio vaginalis gezwollen gevonden, de uterus is niet vergroot, het cervicaal-kanaal litteekenachtig vernauwd, het endometrium bij onderzoek met de sonde zeer gevoelig. In het linker parametrium bestaat eene week-elastieke zwelling.

Bij een hierop volgend onderzoek in narcose wordt geconstateerd, dat de normaal groote uterus in anteflexie ligt en het rechter ovarium normaal is, wat ligging en grootte betreft.

Links is een, schijnbaar onmiddellijk boven den vaginaalwand liggende slap-elastische tumor van ongeveer ganzeneigrootte te voelen, die breed met den uterus samenhangt, matig bewegelijk en goed van den bekkenwand afgrensbaar is. Terwijl nu Prof. Treub de vermoedelijke oorzaak der steriliteit zocht in de bestaande endometritis, durfde hij deze niet door curettement behandelen, alvorens de tumor, die als eene intraligamentair gegroeide tubair-uitzetting met etterigen of sereusen inhoud gediagnosticeerd was, door laparotomie werd verwijderd.

Den 25sten September 1888 wordt de laparotomie na de gewone voorbereiding verricht. Ofschoon pat. wegens bestaand meteorismus den vorigen dag 2 gram nitras bismuthic. basic. met 100 milligram opium gebruikte, geven de uitgezette darmen veel last tijdens de operatie. Het begin der

linker tuba blijkt van normale dikte te zijn en langs de achtervlakte van het gezwel te loopen, terwijl het niet duidelijk is uit te maken of het einde in den tumor verdwijnt. Het breede band wordt naast den uterus doorstoken, onderbonden en afgesneden. De bloeding uit de perifere wond wordt met behulp van Péan'sche pincetten tijdelijk gestelpt. Voor de geheele omsteking van het breede band reikt echter de tumor te diep, waarom door de gemaakte opening de cyste verder stomp uit het band gepeld wordt, waarbij nu blijkt, dat het gezwel met de tuba samenhangt. Nadat de cyste bijna geheel los is, barst zij; de waterig-bloederige inhoud wordt tusschen de uitgespannen bladen van het ligamentum latum opgevangen en met behulp van watten-tampons verwijderd.

Toch gelukt het gemakkelijk den geheelen zak te verwijderen. Het kleine ovarium blijkt nu aan de achtervlakte van het breede band vast te zitten. Nadat de van Péan'sche pincetten voorziene vaten aan den rand van het breede band onderbonden zijn, wordt de in het ligamentum latum overgebleven holte met eene strook jodoform-gaas getamponneerd en het einde van den tampon tusschen de intestina naar buiten geleid [1]).

Na reiniging wordt de buikholte op de gewone wijze gesloten, het strookje jodoform-gaas komt tusschen twee hechtingen naar buiten.

De temperatuur bereikt den eersten dag 38,3°, maar komt vervolgens nooit hooger dan 37,6°.

De pols-frequentie schommelt de eerste dagen tusschen 90 en 100, om spoedig lager te worden.

Den 25sten September, 2 maal 24 uur na de operatie wordt de tampon weggenomen. Den 2den October worden de draden verwijderd en blijkt de wond geheel gesloten te zijn. Van de opening, waardoor de tampon naar buiten kwam, is niets te bespeuren.

Den 11den October wordt, buiten narcose, met Hegar'sche dilatatoria het cervikaal-kanaal gedilateerd en het gezwollen uterus-slijmvlies weggekrabd. Nabehandeling met liquor stypticus.

Den 14den October wordt pat. genezen ontslagen, nadat in het linker-parametrium noch resistentie, noch pijnlijkheid is geconstateerd.

VI.

G. K. Cursus 1888—89 N°. 45. Maria D. geb. G., oud 24 jaar, uit Rockanje, wordt in de kliniek gebracht, nadat zij eerst op de inwendige afdeeling verpleegd is. Pat. is éénmaal, vier jaar geleden, bevallen. Vijf maanden daarna aborteerde zij, waarop zij ziek werd, met pijn in rug en rechter borst. De menses bleven daarbij steeds geregeld, evenals eetlust en ontlasting.

Voor zeven weken kreeg zij echter dagelijks koorts, terwijl nu en dan de urine-loozing wordt bemoeilijkt en de menses abnormaal lang n.l. acht weken zijn uitgebleven.

Pat. wordt 1 November 1888 opgenomen en twee dagen daarna in narcose onderzocht. Hierbij wordt de uterus gevonden, niet vergroot en in anteflexie.

---

[1]) Zie hierover pag. 238 van dit opstel.

Rechts vindt men een niet van den uterus af te grenzen tumor van gelijkmatige consistentie die bij de eerste betasting den indruk geeft van een parametritisch exsudaat, waarvoor hij echter te bewegelijk is. Een cyste van het parovarium wordt uitgesloten, omdat de ontwikkeling van het gezwel vermoedelijk de oorzaak der koorts is geweest. Ook dezer dagen heeft pat. nog vrij hooge temperatuur (tot 39,7°) gehad.

Het gezwel is van den bekkenwand vrij goed afgrensbaar. De waarschijnlijkheidsdiagnose is pyo-salpinx.

Er wordt besloten laparotomie te doen, ten einde, wanneer inderdaad een tubair-tumor gevonden wordt, dezen weg te nemen en, wanneer het een parametritisch exsudaat blijkt te zijn, dit volgens Martin's methode te behandelen.

5 November heeft de operatie onder de gewone voorzorgen plaats. Er wordt eene ongeveer 13 centimeter lange incisie in de linea alba gemaakt, waarop men in de diepte den uterus ziet liggen, en rechts onmiddellijk daarboven een tumor, van meer dan vuistgrootte, van waaruit men de gekronkelde rechter tuba ziet uitgaan, die de dikte heeft van een flinken pink. Eerst wordt eene breede adhaesie met het omentum onderbonden en doorgeknipt, waarop blijkt dat het gezwel vele vergroeiingen met darmen en ook met de linkertuba bezit. De diagnose, als tubairtumor blijkt nu juist te zijn. De adhaesies worden gedeeltelijk onderbonden en doorgeknipt, gedeeltelijk stomp losgemaakt.

Gedurende deze bewerking barst plotseling de zak en loopt er eene vrij groote hoeveelheid gele, stinkende etter in de buikholte. Zoo snel mogelijk wordt nu de zak naar buiten getrokken, waarbij hij van het overige deel der tuba afscheurt. Hier en daar moet nog een klein bloedend vat gesloten worden. Het achtergebleven stuk tuba wordt nu geïsoleerd en verwijderd. Eindelijk wordt de buikholte zooveel mogelijk gereinigd, een weinig jodoform ingepoederd en in het cavum Douglasii een strook jodoform-gaas achtergelaten, waarvan het uiteinde door de wond naar buiten komt. Gewone hechting en verband.

Pat. krijgt wat temperatuursverhooging met kleinen en zeer frequenten pols. Zij accuseert pijn in den buik en is zeer onrustig. In den morgen van den 7den November treedt de excitus letalis in.

Uit het sectie-verslag blijkt, voor ons van belang, het volgende. Het omentum ligt over de darmen uitgespreid. Dat gedeelte, hetwelk bij het kleine bekken ligt is een weinig geïnjiciëerd.

De darmen zijn meteoristisch opgeblazen en vertoonen eene vrij aanzienlijke vaat-injectie. De glans is niet verloren gegaan. Op eenige lissen bevinden zich sero-purulente massa's en in het kleine bekken, etterig-fibrineuse beslagen. Bovendien ziet men dieper in het bekken eene vuil geelbruine massa. In het overgebleven gedeelte van het ligamentum latum is geen etter te vinden. Het uterus-slijmvlies is intact; de vaginaalwand is wankleurig.

Patiente is dus wel hoogstwaarschijnlijk gesuccombeerd aan eene beginnende etterige peritonitis als gevolg van het barsten van de cyste en het uitvloeien van den inhoud in de buikholte.

VII.

G. K. Cursus 1888—89 N°. 46. Vrouw V. geb. D. is sedert drie maanden gehuwd en heeft in dien tijd nog tweemalen gemenstrueerd, geregeld, even als vroeger. Vóór zeven weken werd zij langzamerhand ziek en kreeg zij pijn in de linkerzij en het linkerbeen. Vóór vijf weken begon zij te vloeien, hetgeen drie weken duurde en waarbij zij «stukjes» zoude kwijt geraakt zijn. Pat. wordt, wegens plaatsgebrek in het Academisch Ziekenhuis, opgenomen in het Hôpital Wallon en nog denzelfden avond in chloroform-narcose onderzocht.

Het onderzoek buiten narcose was onmogelijk wegens de heftige pijn in de linkeronderbuikstreek. Men vindt den uterus niet vergroot, in anteflexie, terwijl eveneens het rechter ovarium normaal schijnt.

Het linker ovarium is echter ongeveer driemaal zoo groot als het behoort te zijn, de korte steel waardoor het met den uterus samenhangt is goed te voelen, vooral bij onderzoek per rectum. Er wordt besloten het ovarium weg te nemen.

8 November 1888 heeft de operatie plaats, waarbij een ongeveer 12 centimeter groote opening in de linea alba wordt gemaakt. Nu blijkt weldra dat de diagnose onjuist is en men met een pyo-salpinx te doen heeft. In tegenstelling met de verwachting is de operatie nu zeer moeielijk, omdat de kleine tumor overal met de omgeving vergroeid en gedeeltelijk intraligamentair ontwikkeld is. Bij het stomp losmaken van eene darm-adhaesie begint de serosa te bloeden, waarop de bloedende plaats met eene dunne catgut-hechting wordt omstoken. Bij het verdere lospraepareeren, dat zeer veel tijd vordert, barst de tumor en loopt er eene geringe hoeveelheid van den inhoud in de buikholte. De ingeloopen etter wordt dadelijk zoo goed mogelijk verwijderd. Eindelijk kan de tumor na onderbinding van het breede band, worden weggenomen.

Ten slotte wordt, na reiniging en jodoformisatie de buikholte op de gewone wijze gesloten en een verband aangelegd.

De genezing gaat verder zeer voorspoedig onder steeds normale temperatuur. Den 10den dag worden de hechtingen verwijderd en de wond gesloten gevonden. Drie weken na de operatie wordt pat. genezen ontslagen.

1 April 1889 wordt pat. weder in de kliniek opgenomen met klachten over pijn in den onderbuik, die meestal links, eene enkele maal ook rechts optreden. Tevens heeft zij onregelmatige vloeiingen. Bij een onderzoek, den volgenden dag in narcose verricht, blijkt dat links een parametritisch exsudaat aanwezig is, vrij omschreven en eenigszins onregelmatig van oppervlakte. Het rechter ovarium schijnt wat vergroot, de uterus is klein en ligt in anteflexie.

Pat. zal zich thuis met resorbentia laten behandelen en wordt daarom ontslagen.

VIII.

G. K. Cursus 1887—88 N°. 88 en cursus 1888—89 N°. 1. Vrouw B. geb. P., oud 32 jaar, heeft voor zes jaar eens eene heftige uterus-bloeding gehad, die door haar medicus voor een gevolg van abortus werd gehouden, ofschoon zij meende niet zwanger te zijn. Nadat daarop de menses weder regelmatig waren ingetreden, begon pat. vóór zeven weken

te vloeien, hetgeen eerst vóór vier dagen ophield, waarom zij op 23 Juni 1888 in de kliniek opgenomen en in narcose onderzocht wordt. Hierbij wordt het corpus uteri geanteflecteerd en vlak achter de symphysis gevonden. In het laquear posterius stuit men op een tumor, die vrij week aanvoelt, maar niet overal dezelfde consistentie heeft. Bij gecombineerd onderzoek kan men duidelijk den tumor achter den uterus voelen. Rechts van den eersten en vrij wel er van afgrensbaar, voelt men een tweeden, ronden tumor, die op een gegeven oogenblik niet meer te vinden is. Vermoedelijk was het een kleine cyste, die bij de palpatie werd stukgedrukt. De ovaria zijn geen van beiden te voelen. In het linker labium majus zit ter grootte van een duivenei eene cyste, die tijdens het onderzoek wordt uitgepeld.

De diagnose wordt gesteld op haematoçele retro-uterina en de behandeling begonnen met heete vaginaal-irrigaties en hydropathische inwikkelingen van den onderbuik. 25 Augustus wordt pat. uit de kliniek ontslagen. De tumor is veel kleiner geworden en ook veel minder gevoelig.

18 Januari 1889 vertoont pat. zich weder op de polikliniek, met klachten dat zij steken voelt in de sacraal-streek. Bij onderzoek wordt gevonden eene verdikte portio vaginalis, de uterus ligt in anteflexie en in het linkerparametrium bevindt zich een kippeneigroote, eenigszins pijnlijke tumor, het rechter parametrium vertoont waarschijnlijk eveneens eenige zwelling. Van den retro-uterinen tumor, die vroeger bestond, is buiten narcose niets meer te voelen.

20 Januari heeft een onderzoek in narcose plaats, waarbij achter het corpus uteri slechts nog eene geringe resistentie is waar te nemen. Van den linker uterus-hoorn verloopt een gespannen streng naar den reeds beschreven tumor, die beneden breed met het corpus uteri samenhangt en iets meer dan kippeneigrootte heeft. De vaginaal-wand is goed over den tumor verschuifbaar, het geheele gezwel is vrij beweegbaar en goed van den bekkenwand af te grenzen. De zitplaats is intraligamentair. Het gezwel wordt voor een tubair-tumor gehouden. Rechts ligt eveneens een weeke tumor naast den uterus, die hoewel kleiner, overigens geheel op den anderen gelijkt. Ook de gespannen streng ontbreekt niet. De diagnose is ook hier hydro- of pyo-salpinx. Er wordt tot operatieve verwijdering besloten.

23 Januari '89 heeft de laparotomie onder de gewone cautelen plaats, waarbij eene ongeveer 12 centimeter lange incisie in de linea alba wordt gemaakt.

Na opening van de peritoneaal-holte wordt het bekken van patiente zooveel mogelijk omhoog geplaatst, door haar met de knieën over het omhoog gezette hoofdeinde der operatie-tafel te plaatsen en de onderbeenen door eene oppasseres te doen vasthouden [1]).

Eerst wordt het links gelegen gezwel, deels stomp losgemaakt, deels door onderbinding geïsoleerd. De nog optredende bloeding wordt door omsteking gestelpt. Er loopt etter uit het gezwel in de buikholte, die daarvan zoo goed mogelijk wordt gereinigd. Rechts wordt vervolgens evenzoo gehandeld; ook hier stort zich bij het losmaken van den tumor

[1]) Zie hierover pag. 237 van dit opstel.

iets van den etterigen inhoud uit. Na reiniging wordt de wond op de gewone wijze gesloten en verbonden. Van de haematocele bleek geen spoor meer overig te zijn, tenzij als zoodanig moet worden opgevat een erwtgroot gesteeld appendix van het rechter breede band, dat geheel met een zwart coagulum gevuld was.

De beide verwijderde gezwellen bleken de met etter gevulde uitgezette tubae te zijn, rechts was bovendien een cysteus gedegenereerd ovarium er mede vergroeid.

Pat. vertoont de vier eerste dagen na de operatie geringe temperatuursverhooging (tot 38°) met eene pols-frequentie, schommelende tusschen 86 en 104. Verder bleven temperatuur en pols normaal. Den tienden dag werden de hechtingen verwijderd, er was grootendeels reunio per primam. Vier dagen daarna verlaat pat. het bed, waarop zij 14 Februari genezen wordt ontslagen.

12 Juni komt pat. klagen over pijn in den onderbuik. In beide parametriën zijn harde strengen te voelen, vooral links. De palpatie is echter weinig pijnlijk. Pat. zal thuis met glycerine-tamponnade worden behandeld.

IX.

P. P. Mejuffrouw N. N., 26 jaar oud, heeft vóór zes jaar een abortus provocatus doorgemaakt en is daarna langen tijd ziek geweest. Vóór vier maanden werd zij weder heftig ziek, met verschijnselen van acute pelveoperitonitis, hooge koorts en buitengewone pijnlijkheid van den onderbuik, vooral rechts. Na twee maanden was pat. weder in zooverre beter, dat zij kon opstaan, doch de pijn was niet geweken. De menses waren steeds regelmatig, maar profuus.

Ter wille van de groote gevoeligheid wordt in narcose onderzocht en daarbij gevonden, dat de uterus normaal groot en geanteflecteerd is. Rechts van den uterus bevindt zich een ganzeneigroot gezwel, dat matig hard is, breed met den uterus samenhangt, maar tamelijk bewegelijk is. Het gezwel puilt vrij diep in de vagina uit, maar is goed van den bekkenwand af te grenzen. Links is het ovarium niet vergroot, maar de tuba eenigszins verdikt.

3 Februari 1880 wordt de laparotomie verricht en na opening van de peritoneaal-holte het bekken omhoog geplaatst. De rechts gelegen tumor is hier en daar met darmlissen vergroeid, laat zich echter gemakkelijk stomp daarvan isoleeren. Sterk vergroeid is het gezwel daarentegen met de achtervlakte van het breede band en met het peritoneum in het cavum Douglasii, zoodat hier het gezwel over de geheele breedte moet worden losgepeld. Nadat dit gelukt is zonder den wand te scheuren, wordt het boveneinde van het breede band met zijde onderbonden en de tumor verwijderd.

Links blijkt de tuba vingerdikte te hebben en met het abdominale uiteinde met het ovarium vergroeid te zijn. Er bestaan bovendien versche darm-adhaesies, die verscheurd worden, waarop tuba en ovarium, na het aanleggen van de noodige onderbindingen, worden verwijderd. Na reiniging en jodoformisatie wordt de buik op de gewone wijze gesloten en verbonden. De temperatuur blijft gedurende de eerste vijf dagen steeds beneden 37,5°, stijgt den zesden dag tot 37,8° om vervolgens normaal te blijven. De pols-frequentie biedt geene afwijkingen aan.

12 Februari worden de hechtingen weggenomen en de wond genezen gevonden. Pat. verlaat eene week daarna het bed en den 25sten Februari het hospitaal. De pijn rechts is geheel verdwenen.

De tumor uit het rechter parametrium blijkt te bestaan uit de met bloed-coagula gevulde tuba, terwijl het ovarium niet duidelijk is terug te vinden. Het bovenste twee-derde gedeelte van den inhoud is een oud, bijna zwart coagulum, het onderste gedeelte is verscher en steekt door de helder roode kleur scherp tegen het andere deel af. De verdikte linker tuba bevat enkele druppels etter.

X.

G. K. Cursus 1888—89 N°. 86. Vrouw S. geb. K., oud 32 jaar, is zes jaar geleden voor het eerst en negen weken geleden voor het laatst, in het geheel vijf maal bevallen. Na den laatsten partus heeft zij vrij langdurig gevloeid. Nu komt zij klagen over pijn in de rechter onderbuikstreek, welke pijn na de laatste bevalling is opgetreden. Bij onderzoek wordt de uterus iets vergroot en geretroflecteerd gevonden, terwijl zich in het linker parametrium een pijnlijke tumor bevindt en ook de linker plica Douglasii pijnlijk en gezwollen is. Rechts is niets abnorms te ontdekken. Er heeft nog bloederige afscheiding uit het ostium uteri plaats.

15 Februari 1889 wordt pat. in narcose onderzocht en hierbij gevonden dat de uterus is geretroflecteerd en naar rechts verplaatst, terwijl de repositie wegens adhaesies niet gelukt. Links bevindt zich een vrij diep door den vaginaal-wand promineerende, matig bewegelijke, klein kippeneigroote tumor, die niet rechtstreeks met den bekkenwand, maar vrij breed met den uterus samenhangt. Rechts worden alleen gespannen strengen gevonden, die van het corpus uteri naar den zijwand van het bekken gaan en de pijnlijkheid daar ter plaatse verklaren. Het rechter ovarium is niet met zekerheid te vinden. Het links gelegen gezwel wordt voor een tubair-tumor, waarschijnlijk pyo-salpinx gehouden. Er wordt tot operatieve verwijdering besloten.

17 Februari 1889 wordt na de gewone voorbereiding de buikholte in de linea alba geopend en daarop het bekken weder omhoog geplaatst. Nu wordt in het linker parametrium een tumor gevonden, die inderdaad van de tuba uitgaat en waarin ook het ovarium is overgegaan. Eerst worden de brides verscheurd, waardoor de uterus naar rechts en achter is gefixeerd en deze daardoor bewegelijk gemaakt. Het linker breede band wordt naar het bekken toe met twee en naar den uterus met ééne zijden ligatuur onderbonden en de gedeeltelijk intraligamentair liggende tumor, zonder beschadiging, voornamelijk stomp losgepraepareerd. Rechts blijkt hetzelfde proces in wording te zijn; de tuba is verdikt en met het ovarium vergroeid. Ook hier worden, na onderbinding, tuba en ovarium verwijderd.

Nadat nog eene geringe bloeding door eene ligatuur is gestelpt, wordt de buikholte na reiniging op de gewone wijze gesloten en het gebruikelijke verband aangelegd.

Pat. heeft den 1sten dag na de operatie, eene temperatuur van 37,9° met eene polsfrequentie van 96. Daarna blijven temperatuur en pols steeds normaal. Den tienden dag worden de hechtingen verwijderd en de wond gesloten gevonden.

Vier dagen later verlaat pat. voor het eerst het bed en eene week later wordt zij, in haar uiterlijk zichtbaar vooruitgegaan, ontslagen.

Bij opening blijken de beide tubae etter te bevatten.

XI.

G. K. Cursus 1888—89 N°. 90. Maria J., oud 25 jaar, begon op 15jarigen leeftijd te menstrueeren en deed dit vervolgens om de vier of vijf weken. Vóór vijf jaar bleven de menses gedurende een jaar uit. Pat. ontkent partus of abortus, bekent echter dat zij sinds geruimen tijd met verschillende mannen heeft gecohabiteerd. Vóór zes weken kreeg zij pijn bij de urineloozing, die nog niet geheel geweken is. Zij heeft veel last van fluor albus. Haar hoofdklacht is over pijn in den onderbuik, waaraan zij van af begin December 1888 lijdt en die rechts onder begonnen is. In den beginne zoude zij ook koorts gehad hebben.

Wegens de pijnlijkheid en de spanning der buikspieren, levert de palpatie buiten narcose geen ander resultaat dan dat links het bestaan van een tumor in het parametrium wordt vermoed. Rechts wordt alleen pijnlijkheid gevonden. De uterus ligt waarschijnlijk in anteflexie.

25 Februari 1889 heeft een onderzoek in narcose plaats. Het ostium urethrae ziet er geïrriteerd uit, maar het is niet mogelijk er pus uit te drukken. Uit de vagine komt matig veel slijmetter.

De porto vaginalis is vrij week; de niet vergroote uterus ligt in anteflexie. In het linker parametrium wordt een vrij weeke, van boven eenigszins ongelijke, van den bekkenwand geheel afgrensbare, ongeveer duiveneigroote tumor gevonden, die voor een tubair-tumor wordt gehouden, maar welks aard niet nader vast te stellen is. Het linker ovarium is niet te vinden. Vermoedelijk is het met de tuba vergroeid. Het rechter ovarium is goed voelbaar, iets vergroot en naar achter aan den bekkenwand gefixeerd, het uterine uiteinde van de tuba voelt verdikt aan.

1 Maart 1889 wordt de laparotomie verricht en na opening der buikholte het bekken omhoog geplaatst. Links wordt nu een gezwelletje gevonden, bestaande uit de verdikte tuba, vergroeid met het eveneens vergroote ovarium. Na isoleering van eenige adhaesies en onderbinding van het ligamentum latum wordt de tumor verwijderd. Het rechter ovarium is onregelmatig vergroot en wordt daarom eveneens met de daarmeê vergroeide en verdikte tuba van die zijde op de gewone wijze gemakkelijk weggenomen. Na reiniging der buikholte en jodoformisatie der onderbindingsstompen, wordt de wond op de gebruikelijke wijze gesloten en verbonden.

Den eersten dag na de operatie braakt pat. wat bloederig vocht en stijgt de temperatuur tot 38°. Een paar dagen later krijgt zij eene lichte cystitis, waarschijnlijk ten gevolge van het noodige catheteriseeren. 10 Maart worden de hechtingen uit de wond genomen en deze per primam genezen gevonden.

Vier dagen later verlaat pat. voor het eerst het bed. De blaas is door irrigaties met boorzuur-oplossing genezen.

22 Maart wordt pat. genezen ontslagen.

Bij de opening der verwijderde tubae blijkt de linker etterhoudend te zijn, de rechter alleen wat vlokkig slijm te bevatten.

XII.

G. K. Cursus 1888—89. N°. 111. Vrouw L., geb. v. d. S., oud 31 jaar, is elf jaar gehuwd en nooit zwanger geweest. Zij begon op 15jarigen leeftijd te menstrueeren, om de drie weken, gedurende vier of vijf dagen, steeds spaarzaam. Pat. klaagt over pijnlijke persingen in het rectum, die bij tusschenpoozen optreden. De urine-loozing geschiedt zonder bezwaar. Bovendien heeft zij reeds twee jaar lichte gevoeligheid in den onderbuik en zijn de menses wat meer profuus geworden.

Bij onderzoek wordt aan rectum of anus niets bijzonders gevonden. De uterus is normaal groot en ligt in anteflexie. In het cavum Douglasii ligt een bewegelijke, bij betasting pijnlijke tumor, ter grootte van een okkernoot. Betasting van het linker parametrium is eveneens pijnlijk, terwijl aldaar geen ovarium maar wel eene meer diffuse zwelling wordt waargenomen. Rechts is de palpatie veel minder pijnlijk en wordt waarschijnlijk een normaal groot ovarium gevoeld.

8 Mei 1889 heeft een onderzoek in chloroform-narcose plaats, waarbij blijkt dat de in het cavum Douglasii gevonden tumor daar gefixeerd en met een streng aan den uterus verbonden is. De tumor wordt naar den uterus toe meer peervormig van gedaante. Rechts wordt een week, boonvormig ovarium tegen den zijdelingschen bekkenwand gefixeerd gevonden.

13 Mei wordt onder de gewone voorzorgen de laparotomie verricht en nadat het bekken omhoog is gelegd, in het cavum Douglasii een tumor gefixeerd gevonden, die uit het vergroote ovarium en de verdikte tuba der linkerzijde bestaat. Na verscheuring van enkele adhaesies wordt de steel afgebonden en de tumor verwijderd. Rechts blijkt ongeveer hetzelfde op verkleinde schaal te bestaan, zoodat ook daar, ovarium en tuba, samen vergroeid, worden weggenomen. Na reiniging en sluiting der buikholte wordt het gewone verband aangelegd.

Pat. vertoont de eerste dagen na de operatie geringe temperatuursverhoogingen, tot hoogstens 38,4°, overigens maakt zij het best. Na verwijdering der hechtingen, 10 dagen na de operatie, blijkt de wond genezen te zijn.

30 Mei. Pat. klaagt nog steeds over pijn bij de defaecatie en wordt 3 Juni nogmaals in narcose onderzocht, waarbij een klein exsudaat achter den uterus gevonden wordt, dat bij betasting bijna niet pijnlijk is. Pat. wordt op haar verzoek ontslagen.

De beide verdikte tubae bevatten etter.

XIII.

P. P. Mevr. N. N., oud 41 jaar, vóór drie maanden gehuwd, gevoelt zich sinds zes weken onwel. Eerst kreeg zij profusen fluor albus, vervolgens een onregelmatig bloedverlies per vaginam, waarbij pijn, van afwisselende intensiteit, in den rechter onderbuik. De coïtus is, volgens haar zeggen, nooit behoorlijk uitgevoerd kunnen worden. (De echtgenoot beweert vóór 18 jaar de laatste gonorrhoe gehad te hebben en daarvan geheel genezen te zijn.)

Bij de bleek en lijdend uitziende vrouw is niets anders te constateeren, dan dat de vulva hoog rood en gezwollen is, terwijl er een zoo

hooge graad van vaginismus bestaat, dat de invoering van één vingertop zelfs onmogelijk is. Drukken in de rechter onderbuikstreek is zeer pijnlijk.

Den volgenden dag wordt in narcose onderzocht, waarbij de rigide hymenaal-ring wordt gedilateerd. In de vagina bevindt zich veel bloederige etter. De uterus is klein en ligt in anteflexie, links zijn de adnexa normaal, terwijl rechts een ganzeneigroote, onregelmatige tumor gevonden wordt, die breed met den uterus samenhangt en van den bekkenwand goed afgrensbaar is. De diagnose wordt gesteld op perimetritis en salpingitis suppurativa dextra.

22 Mei 1889 wordt de laparotomie verricht en blijkt na hoogligging van het bekken dat de tumor bestaat uit de rechter tuba, die sterk uitgezet is en het daarmeê vergroeide ovarium bedekt. Met den uterus, de intestina, de achtervlakte van het ligamentum latum en het peritoneum van den bodem der excavatio recto-uterina is de tuba door versche adhaesies verbonden. Het losmaken daarvan levert geen bezwaar op. De tuba wordt afgebonden en met het ovarium verwijderd. De linker adnexa blijken normaal te zijn. Na reiniging en jodoformisatie wordt de buikholte gesloten en een verband aangelegd.

Het beloop is verder zeer voorspoedig. De temperatuur blijft, uitgenomen een paar geringe stijgingen tot hoogstens 38.1°, steeds normaal. Zoo ook de pols-frequentie.

Den 10den dag worden de hechtingen verwijderd en de wond gesloten gevonden. Den 14den dag verlaat pat. het bed en vier dagen daarna het hospitaal. Zij gevoelt zich nog wel zwak, doch overigens gezond en ziet er veel beter uit.

Tijdens haar verblijf in het hospitaal zijn eerst compressen met Eau de Goulard tegen de vulva geappliceerd en daarna proppen engelsch pluksel, met boor-zalf besmeerd, ingebracht. Pat. kan nu velen dat twee niet geoliede vingers worden ingebracht.

De weggenomen tumor bestaat uit de met bloed-coagula gevulde tuba.

XIV.

G. K. Cursus 1888—89. N°. 116. Vrouw V. geb S., oud 25 jaar, eene graciel gebouwde vrouw, is drie jaar gehuwd en nooit zwanger geweest. Zij begon op 15jarigen leeftijd te menstrueeren, onregelmatig tot haar 18e jaar, toen de menses met regelmatige tusschenpoozen van vier weken kwamen en twee dagen duurden. Na haar huwelijk had zij steeds tijdens de menstruatie pijn in den onderbuik, welke pijn ook in den tusschentijd nooit geheel verdween.

Pat. komt met de klacht over stekende pijn in de linker onderbuikstreek. De pijn wordt erger bij beweging en bij den coïtus, niet bij de mictie of de defaecatie, die zonder bezwaar geschieden. De pijn straalt uit in het linkerbeen. Vloeiingen bestaan niet, wel veel fluor albus. Somtijds heeft pat. ook pijn op de overeenkomstige plaats rechts.

Bij onderzoek wordt het kleine corpus uteri in anteflexie gevonden, niet pijnlijk bij voorzichtige betasting of beweging. In het linker parametrium voelt men van af de zijvlakte van den uterus de verdikte, harde en pijnlijke tuba verloopen, naar een dicht bij den bekkenwand gelegen, eenigszins gefixeerden, zeer pijnlijken, ongeveer okkernootgrooten tumor,

die zeer waarschijnlijk het ontstoken ovarium is. Rechts wordt in plaats van het ovarium een pijnlijk gezwelletje gevonden. Zwelling van de tuba is daar niet aan te toonen.

Bij onderzoek in narcose wordt het bovenstaande bevestigd gevonden.

1 Juni 1889 heeft de laparotomie plaats en wordt, nadat een incisie van ongeveer 10 centimeter in de linea alba is gemaakt, het bekken omhoog gelegd. De links gelegen adnexa worden met moeite voor den dag gehaald en van eene dundarm-adhaesie geïsoleerd, waarbij een klein wondje in de darm-serosa ontstaat, dat met catgut wordt gesloten.

Na onderbinding van het breede band worden tuba en ovarium verwijderd, nadat ook het uterine uiteinde van de tuba met zijde is afgebonden. Rechts wordt de tuba toch ook verdikt en met het ovarium vergroeid gevonden. Zij worden eveneens weggenomen. De onderbindingsstompjes worden met jodoform bepoederd en daarop de wond op de gewone wijze gesloten en verbonden.

Den eersten en tweeden dag na de operatie heeft pat. lichte temperatuursverhoogingen tot 38,2°, verder blijft zij afebriel en voelt zich volkomen wel.

11 Juni worden de hechtingen verwijderd en de wond genezen gevonden, terwijl pat. 14 Juni voor het eerst het bed verlaat en eene week daarna genezen ontslagen wordt.

Beide tubae bevatten eene geringe hoeveelheid etter.

XV.

P. P. Mevrouw N. N., 36 jaar oud, heeft twee kinderen gehad, het eerste vóór 11 en het tweede vóór 9 jaar. Vóór vier en een half jaar aborteerde zij na eene zwangerschap van ongeveer vier maanden. Hierbij liet de uitdrijving der secundinae eenige dagen op zich wachten en was pat. vrij ernstig ziek. Sinds dien tijd lijdt zij aan lendenpijnen en profuse etterige afscheiding uit de vagina.

Vóór anderhalf jaar had pat. drie maanden achtereen bloeding uit de genitalia. Nu zijn de menses weder geregeld, duren zes à zeven dagen en zijn vrij profuus. Tegen het begin der periode heeft pat. veel pijn in den rechter onderbuik.

Bij de bleeke, zichtbaar vervallen vrouw, wordt op 21 Juni 1889 gevonden dat de uterus in anteflexie ligt en het endometrium bij onderzoek met de sonde ongevoelig is en niet bloedt. Links zijn de adnexa uteri normaal, terwijl rechts naast den uterus een eigroote, onregelmatig gevormde, half weeke tumor ligt, die breed met den uterus samenhangt, van het bekken goed afgrensbaar en bij onderzoek buiten narcose pijnlijk bij betasting is.

De diagnose wordt gesteld op tubair-tumor, hoogstwaarschijnlijk afkomstig van eene infectie bij den abortus en vermoedelijk etterhoudend.

30 Juni 1889 wordt onder de gewone voorzorgen de laparotomie verricht en na opening der buikholte het bekken omhoog geplaatst. De tumor rechts blijkt weinige en gemakkelijk verscheurbare adhaesies te bezitten, zoodat de verwijdering van het gezwel dat uit eene vergroeiing van de uitgezette tuba met het ovarium bestaat, geene moeite kost. Links blijkt de gewondene of gekronkelde, maar niet verdikte tuba innig met het

ovarium vergroeid te zijn. Om den uterus te doen atrofieeren en daarmede de hinderlijke etterige afscheiding te doen ophouden, worden ook hier tuba en ovarium verwijderd.

Na reiniging van de buikholte en jodoformisatie der onderbindingsstompjes wordt de wond op de gewone wijze gesloten en verbonden.

De rechter tuba blijkt alleen sereus vocht en geen etter te bevatten.

De genezing heeft volkomen ongestoord plaats.

Na 10 dagen worden de hechtingen verwijderd en de wond genezen gevonden. Na drie weken verlaat pat. het hospitaal. Van af de operatie zijn èn de lendenpijnen èn de afscheiding geheel verdwenen, van welk succes Prof. Treub zich in Februari 1890 nog kon overtuigen, toen pat. hem verklaarde zich in geen vijf jaar zoo gezond bevonden te hebben als na de operatie, terwijl haar uiterlijk hiervan mede getuigenis gaf.

XVI.

G. K. Cursus 1888—89 N°. 81 en Cursus 1889—90 N°. 1.

A. v. H., oud 17 jaar, ongehuwd, kwam voor het eerst den 17den Januari in poliklinische behandeling. Toen werd omtrent pat. opgeteekend dat de menses bij haar op 15jarigen leeftijd verschenen, regelmatig om de maand, terwijl pat. geheel gezond was, totdat zij vóór omstreeks negen maanden begon te lijden aan chronische diarrhee en buikpijn en de menses telkens te vroeg kwamen, terwijl zij vooraf pijn in den onderbuik had. Pat. is nooit zwanger geweest. Bij onderzoek werd eene retroversio uteri gevonden, waartegen na repositie een Hodge-pessarium werd geappliceerd. Ofschoon het pessarium den uterus goed in situ hield, weken de bezwaren niet, zoodat pat. in Februari wordt opgenomen in de kliniek.

Er blijkt nu eene hypertrofische endometritis te bestaan. In chloroformnarcose wordt daarom met de curette het uterus-slijmvlies weggekrabd en met sol. chloreti ferrici nabehandeld.

Bij het onderzoek dat aan het curettement voorafging, werd aan de adnexa uteri geenerlei afwijking ontdekt. Het microscopisch onderzoek van het weggekrabde uterus-slijmvlies deed daarin fraaie reuzen-cellen vinden, zoodat een zeer ernstig vermoeden rees, dat de ontsteking der mucosa uteri van tuberculeusen aard was, al gelukte het niet, ook de aanwezigheid van tuberkel-bacillen in het weefsel aan te toonen. Hereditaire momenten voor tuberculose ontbraken. In de longen zijn geene afwijkingen aan te toonen.

Pat. wordt in observatie gehouden en krachtig gevoed.

Langzamerhand begon de pijn in den onderbuik te verergeren, terwijl ook weder profuse bloedingen optraden.

Bij een onderzoek in chloroform-narcose, in het laatst van Juni gehouden, worden in beide parametria ongeveer duiveneigroote, onregelmatige zwellingen gevonden, in plaats van de ovaria en tubae, terwijl een onderzoek van een stukje uterus-slijmvlies weder reuzen-cellen aan het licht bracht.

De diagnose wordt nu met vrij groote zekerheid op tuberculose van het inwendig genitaal-apparaat gesteld en besloten dit zoo ruim mogelijk weg te nemen.

Den 5den Juli 1890 heeft onder de gewone voorzorgen de laparotomie

plaats. Het bekken wordt weder omhoog geplaatst en nu links en rechts, zoo dicht mogelijk bij den bekkenwand, de ligamenta lata met eenige draden onderbonden en doorgeknipt. Vervolgens wordt de blaas van de voorzijde van den uterus stomp losgemaakt en hierop de uterus met adnexa zoo laag mogelijk geamputeerd, nadat vooraf eene elastieken ligatuur om den cervix is gelegd. Het cervicaal-kanaal wordt met den brander van Paquelin gecauteriseerd, de stompen worden met jodoform bepoederd en in de buikholte teruggebracht en daarop de wond op de gewone wijze gesloten en verbonden.

De adnexa zijn beiderzijds tot één gezwel vergroeid dat bestaat uit een conglomeraat van kaashaarden. Het peritoneum, zoowel van het genitaal-apparaat als van de darmen, is bezaaid met speldenknopgroote tuberkels; er is echter geen exsudaat in de buikholte, terwijl enkele lymphe-kliertjes van het mesenterium verkaasd zijn.

Behalve dat pat. de twee eerste dagen na de operatie hardnekkig braakt, zooals zij na iedere chloroform-narcose doet, maakt zij het uitstekend. De temperatuur blijft steeds normaal. Tien dagen na de operatie worden de hechtingen uit de wond genomen en deze volkomen genezen gevonden. Den 26sten Juli wordt pat. in welstand ontslagen.

Deze geschiedenis behoeft eene kleine toelichting.

Men zou toch de vraag kunnen stellen of, bij het bestaan van eene uitgebreide beginnende tuberculose van het peritoneum, de operatie, die slechts een gedeelte der aangedane weefsels wegnam, gewettigd was. Hierop moet, naar onze meening, het antwoord bevestigend luiden. Hoogstwaarschijnlijk toch is hier de tuberculose primair van het genitaal-apparaat uitgegaan, waarvoor o. a. het vinden van de, aan beginnende tuberculeuse ontaardingen eigene reuzen-cellen in het uterus-slijmvlies, op een tijdstip, waarop nog geene grovere veranderingen der adnexa aanwezig waren, een niet onbelangrijk bewijs oplevert. Bovendien kon men hier toch ook de nog onverklaarbare, maar bewezen gunstige werking der laparotomie op de tuberculose van het peritoneum verwachten, die in zoo vele gevallen van exsudatieve tuberculeuse peritonitis werd waargenomen.

XVII.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 12. Vrouw J. geb. V., oud 43 jaar, heeft vier kinderen gehad, het eerste vóór 16 en het laatste vóór 12 jaar. In den tusschentijd aborteerde zij nog éénmaal. Pat. die vroeger steeds regelmatig menstrueerde is vóór vier weken gaan vloeien, hetgeen tot nu toe heeft aangehouden. Zij heeft er geen pijn bij.

Bij onderzoek in narcose wordt de uterus normaal groot in anteflexie gevonden. In het rechter parametrium voelt men een ongeveer vingerdikken, strengvormigen tumor, die met den uterus samenhangt, maar van den bekkenwand goed afgrensbaar is. Links wordt geenerlei afwijking gevonden. Er wordt besloten den tumor in het rechterparametrium als vermoedelijke oorzaak der metrorrhagie, te verwijderen.

21 September 1889 wordt op de gewone wijze eene opening van ongeveer acht centimeter lengte in de linea alba gemaakt en na incisie van het peritoneum het bekken omhoog geplaatst. Het gezwelletje, dat geenerlei

adhaesies heeft aangegaan, wordt voor den dag gehaald en na onderbinding, weggenomen. Het blijkt te bestaan uit de met bloed gevulde tuba, die met het ovarium vergroeid is. De onderbindingsstompen worden met jodoform bestrooid en hierop de buikwond met ééne serie geknoopte zijden hechtingen, die ook het peritoneum medevatten, gesloten [1]).

Pat. maakt het voortdurend goed en heeft steeds normale temperatuur. Tien dagen na de operatie worden de hechtingen uit de wond genomen en deze volkomen genezen gevonden.

12 October wordt pat. in welstand ontslagen.

Hoewel het vermoeden voor de hand lag, kon, bij microscopisch onderzoek, niet worden aangetoond, dat het gezwel zijn ontstaan te danken had aan eene tubair-graviditeit.

XVIII.

G. K. 1889—1890. N°. 16. Vrouw R. geb. T., oud 23 jaar, is sedert twee jaar gehuwd en vóór 15 maanden bevallen. De menses verschenen bij haar op 14jarigen leeftijd en kwamen steeds geregeld, zonder eenige afwijking. De urine-loozing ging eveneens steeds onbelemmerd, de defaecatie somwijlen wat traag, maar zonder pijn.

Pat. klaagt alleen over bestendige pijn in den onderbuik, sinds eenige maanden bestaande en steeds erger wordende.

Bij onderzoek buiten chloroform-narcose wordt achter den uterus een vrij groote, harde tumor gevonden die bijna onbewegelijk is.

18 September 1890 wordt pat. voor nader onderzoek in de kliniek opgenomen en in chloroform-narcose vindt men nu dat de tumor bestaat uit twee zijdelingsche gedeelten, die op zijde van en achter den uterus gelegen zijn. De rechter helft voelt meer week-elastisch, de linker meer vast aan. Er wordt, hoewel geene zekere diagnose omtrent den aard der tumoren kan gesteld worden, besloten, een poging tot operatieve verwijdering te doen.

21 September wordt de laparotomie onder de gewone voorzorgen verricht. Bij inspectie blijkt er eene dubbelzijdige tuberculeuse salpingitis te bestaan. Ook het peritoneum, dat den uterus bekleedt en zelfs dat van eenige nabijgelegen darmlissen, is met kleine witte knobbeltjes als bezaaid. Hoewel ook hier de zekerheid bestaat, dat niet al het aangedane kan worden weggenomen, wordt toch besloten de beide gezwellen te exstirpeeren, en hiertoe, na onderbinding der ligamenta lata en der uterine uiteinden van de beide tubae, overgegaan.

De onderbindingsstompen worden met jodoform bepoederd, waarvan ook het zichtbare peritoneum een deel krijgt en daarna de buikwond met ééne serie geknoopte zijden hechtingen gesloten en op de gewone wijze verbonden.

De genezing werd gestoord door een pneumonisch proces, dat vijf dagen na de operatie, onder hooge temperatuur en dreigende collapsverschijnselen in de rechter boven longkwab optrad en waarvan pat., tegen onze verwachting, herstelde.

Na wegneming der hechtingen blijkt elf dagen na de operatie de wond genezen te zijn, terwijl juist denzelfden dag de temperatuur daalt en pat.

---

[1]) Zie hierover pag. 238 van dit opstel.

van nu af snel in beterschap toeneemt. Weldra zijn aan den thorax alle afwijkingen verdwenen en kan pat. den 12den October, wel is waar nog zwak, maar toch in welstand uit de kliniek worden ontslagen.

Bij onderzoek worden de beide tubae met kaasachtige massa's gevuld gevonden. De rechter bevat nog eene met vocht gevulde holte, vermoedelijk eene kleine ovariaal-cyste.

XIX.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 17. Vrouw de V. geb. v. d. L., oud 26 jaar, is tien maanden gehuwd en nooit zwanger geweest. De menses verschenen bij haar op 14jarigen leeftijd en kwamen steeds geregeld om de vier weken, totdat zij, vóór ongeveer vier maanden, eene vloeiing kreeg, die zes weken duurde. Daarna menstrueerde zij weder tweemaal op de gewone wijze, met eene maand tusschenpoos. Bovendien lijdt pat., die vroeger steeds gezond was, in den laatsten tijd aan een chronischen darmcatarrh en aan pijn in den onderbuik.

Bij een onderzoek in chloroform-narcose, door mij in consult met haren medicus gehouden, wordt de uterus normaal groot en in anteflexie gevonden. Evenzoo vertoonen de linker adnexa geene afwijkingen. Rechts van den uterus ligt een ongeveer kippeneigroote elastische tumor, die met den uterus samenhangt maar tamelijk bewegelijk en van het bekken goed afgrensbaar is. De aard van den tumor laat zich niet met zekerheid vaststellen. Er wordt echter tot operatieve verwijdering geadviseerd en pat. daarvoor in de kliniek opgenomen.

21 September 1889 wordt de laparotomie verricht en, nadat het bekken omhoog geplaätst is, het gezwel te voorschijn gehaald. Het blijkt te zijn eene uitgezette tuba, met het ovarium vergroeid.

Na de noodige onderbindingen wordt de tumor verwijderd. De onderbindingsstompen worden gejodoformiseerd en de buikwond gesloten met ééne serie zijden hechtingen, nadat gebleken is, dat de adnexa der andere zijde zonder afwijking zijn.

Het verder verloop is weder geheel ongestoord. De wond wordt na tien dagen genezen gevonden en pat., die 5 October vóór het eerst het bed verlaten heeft, den 12den October genezen ontslagen.

De uitgezette tuba blijkt met etter gevuld te zijn.

XX.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 29. Vrouw K. V. geb. J., oud 31 jaar, is acht jaar gehuwd en heeft vier kinderen gehad, het eerste vóór zes en het laatste vóór ruim één jaar. Pat. die steeds regelmatig om de maand menstrueerde, kreeg vóór zeven weken eene uterus-bloeding die nog steeds voortduurt. Sedert dat tijdstip heeft zij bovendien pijn bij de mictie, de defaecatie en alle bewegingen.

6 October 1889 wordt pat. in narcose onderzocht en de uterus normaal groot dicht achter de symphysis gevonden. In het rechter parametrium bevindt zich een normaal groot ovarium, terwijl de tuba niet voelbaar is. Links wordt een gezwollen tuba gevoeld, het ovarium niet gevonden en bovendien in het cavum Douglasii een weeke zwelling waargenomen, die bij de palpatie «knistert.»

Er wordt tot laparotomie besloten en deze den 12den October 1889 uitgevoerd. Nadat de buikholte geopend is wordt het bekken omhoog geplaatst en nu blijkt er links een gebarsten, gedeeltelijk met bloedcoagula gevulde tuba aanwezig te zijn, terwijl in het linker gedeelte van het cavum Douglasii gedeeltelijk georganiseerde bloed-coagula gevonden worden. Deze worden zooveel mogelijk verwijderd, waarop het groote moeite kost links tuba en ovarium te isoleeren en na de noodige onderbindingen te verwijderen.

De buikholte wordt hierop, na jodoformisatie der stompjes, met ééne serie geknoopte, zijden hechtingen gesloten.

Het verloop is verder gunstig. De temperatuur blijft steeds normaal. Na tien dagen worden de hechtingen weggenomen en blijkt de wond genezen te zijn. Pat. wordt den 2den November gezond ontslagen.

In dit geval hebben wij te doen met een gebarsten haemato-salpinx, vermoedelijk het gevolg van tubair-graviditeit, al is het bij microscopisch onderzoek ook twijfelachtig of de wand der gebarsten tuba ook restes eener placenta bevat.

XXI.

P. P. Mevrouw N. N., oud 40 jaar, is sinds 18 jaar gehuwd en nooit zwanger geweest. Pat., vroeger steeds gezond, heeft, zeer spoedig na haar huwelijk pijn in den onderbuik gekregen. Eveneens is, sedert dat tijdstip, de menstruatie pijnlijk en spaarzaam geworden. Niettegenstaande allerlei algemeene en plaatselijke behandeling, o. a. tweemaal een kuur te Kreuznach, werd de pijn, vooral in den laatsten tijd, erger. Zij zetelt nu voornamelijk in de linkerzijde van den onderbuik en neemt toe bij trappenstijgen, bij den coïtus, bij moeilijke defaecatie en in het algemeen bij eenigszins inspannende bewegingen. Wanneer de pijn op het hevigst is, krijgt pat. ook uitstralende pijnen in den thorax en den linkerarm.

Bij het onderzoek der nerveuse vrouw werd den 19den September 1889 de uterus normaal groot, geanteflecteerd gevonden. De linker adnexa waren in eene harde massa veranderd, die zoo enorm pijnlijk was, dat nauwkeurige betasting onmogelijk bleek. Rechts was de drukgevoeligheid gering, doch waren de adnexa niet duidelijk te palpeeren. Pat. werd hierop geruimen tijd behandeld met glycerine-tampons, doch zonder eenig succes, waarom zij den 5den November in het Hôpital Wallon tot nader onderzoek in narcose wordt opgenomen.

Nu wordt links van den uterus en breed daarmeê samenhangend een ruim kippeneigroote, harde tumor gevonden, waarvan de ondervlakte hard doch onregelmatig en de bovenvlakte niet scherp af te grenzen is. Het uterine uiteinde der tuba is niet duidelijk te voelen. Rechts wordt, op verkleinde schaal, hetzelfde gevonden. Ook daar hangt de ongelijke harde tumor breed met den uterus samen. Beide tumoren zijn van den bekkenwand afgrensbaar. De diagnose wordt op dubbelzijdige pyo-salpinx gesteld en pat., na de gewone voorbereiding, den 9den November 1889 geopereerd. Na opening der buikholte wordt het bekken omhoog geplaatst. Beide tumoren blijken aan de bovenzijde innig met darmlissen vergroeid te zijn. Bij het stomp losmaken dezer adhaesies wordt aan de linkerzijde de serosa eener darmlis ingescheurd, welk wondje dadelijk met eene

doorloopende hechting van dunne catgut gesloten wordt. Hierna worden de beide tumoren, na de noodige onderbindingen, achtereenvolgens verwijderd. Ook rechts werd een darm gekwetst en evenzoo gehecht. Aan beide zijden van den uterus blijft nu eene onregelmatige, bloedende wondholte over, waarin, na reiniging der buikholte, smalle strooken jodoform-gaas worden gestopt. Van beide strooken wordt het ééne uiteinde tusschen twee hechtingen door, naar buiten gevoerd. De buikwond wordt overigens door diepe en oppervlakkige zijden hechtingen, die alle aan de buiten-oppervlakte geknoopt worden, gesloten, en op de gewone wijze verbonden.

Pat. vertoont den eersten en tweeden dag na de operatie geringe temperatuursverhooging tot 38,2°, terwijl de hoogste pols-frequentie 120 per minuut bedraagt.

Na 42 uur worden de tampons, eenvoudig door trekken, verwijderd.

Nadat pat. nog gedurende een paar dagen lichte temperatuursverhoogingen, met geringe afwijkingen in den algemeenen toestand heeft vertoond, blijft zij verder afebriel. Den tienden dag worden de hechtingen uit de wond genomen en deze geheel genezen gevonden, met inbegrip van de opening, waardoor de tampons naar buiten kwamen.

Den 29sten November verlaat pat. genezen het hospitaal.

Begin Maart 1890 was de drukgevoeligheid naast den uterus gering en de spontane pijnlijkheid, zoo al niet geheel verdwenen, toch minimaal, vergeleken bij den toestand vóór de operatie.

XXII.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 43. Vrouw P. geb. de K., is sedert 13 jaar gehuwd en nooit zwanger geweest. De menstruatie had steeds om de vier weken plaats. Sinds zeven jaar lijdt pat. aan pijn in den onderbuik, die tijdens de menstruatie verergert en evenzoo toeneemt, bij de mictie de defaecatie en den coïtus. De pijn is bovendien in de laatste twee jaar merkbaar verergerd.

Het bimanueel onderzoek blijkt zeer pijnlijk te zijn, vooral alle bewegingen met den uterus. In het rechter parametrium wordt eene, niet nader te onderscheiden zwelling gevonden.

8 November 1889 wordt pat. in narcose onderzocht en hierbij de uterus normaal groot en geanteflecteerd gevonden. Rechts is de tuba vrij sterk gezwollen en met het weinig vergroote ovarium vergroeid. Links is hetzelfde, hoewel in mindere mate aanwezig.

12 November wordt de laparotomie verricht en nadat de buikholte over eene lengte van 10 centimeters is geopend, wordt het bekken omhoog geplaatst en de inhoud onderzocht. De rechts gelegen tumor blijkt allereerst met het omentum vergroeid te zijn, welke verbinding deels stomp en deels door onderbinding en afsnijding wordt opgeheven. Nadat verder nog eenige adhaesies met den bekkenwand en eene met eene darmlis zijn losgemaakt, worden tuba en ovarium, na de noodige onderbindingen, weggenomen.

Ook links wordt eene adhaesie met het omentum gevonden, doch geene met den bekkenwand. Hier worden na onderbinding eveneens tuba en ovarium weggenomen. De buikholte wordt zooveel mogelijk van ingeloopen

bloed gereinigd, de stompen worden met jodoform bepoederd en de wond daarop met ééne serie geknoopte, zijden hechtingen gesloten en op de gewone wijze verbonden.

Pat. heeft de twee eerste dagen na de operatie veel last van braken, maakt het verder echter zeer goed.

23 November worden de hechtingen weggenomon en de wond genezen gevonden, waarop pat. na vier dagen het bed verlaat en den 5den December genezen ontslagen wordt.

Beide tubae bevatten etter.

XXIII.

P. P. Mevrouw N. N., 22 jaar oud, is omstreeks negen maanden gehuwd, en begon spoedig na haar huwelijk aan sterken fluor albus te lijden. Vóór ruim drie maanden had zij, nadat de menses drie weken te lang waren weggebleven, eene heftige bloeding uit de genitalia, terwijl zij hierna steeds lijdt aan pijn in den onderbuik, die door beweging wordt verergerd en langzamerhand zoo is toegenomen, dat pat. geen tien minuten achtereen meer kan loopen. Tijdens de menstruatie neemt de pijn niet toe, wel zijn de menses profuser geworden.

16 November 1889 wordt bij onderzoek van de zeèr anaemische en lijdend uitziende vrouw gevonden dat de niet vergroote uterus in anteflexie ligt en bij drukking ongevoelig is, terwijl het endometrium op onderzoek met de sonde noch door pijn, noch door bloeding reageert. Links naast den uterus ligt een harde, ongelijkmatige, zeer pijnlijke, ruim kippeneigroote knobbel, rechts is niets abnorms te constateeren.

Vijf dagen later wordt pat. in narcose onderzocht en daarbij geconstateerd dat de rechter adnexa inderdaad normaal zijn en links een gezwel ter grootte van een sinaasappel gevonden, dat aan het eene einde breed met den uterus samenhangt, matig beweegbaar en goed van den bekkenwand af te grenzen is. De oppervlakte is onregelmatig, de consistentie hard. De tuba, waarvan het uterine uiteinde goed te voelen is, verdwijnt in of achter het gezwel. Achter beneden is twijfelachtig fibrineknetteren waar te nemen.

Hoewel wegens het laatste verschijnsel aan de mogelijkheid eener gerupturеerde zwangere tuba kon gedacht worden, wordt èn op grond van de kleinheid van den uterus, èn op grond der medegedeelde anamnese, waarbij later nog bleek, dat de echtgenoot met een urethritis posterior chronica in het huwelijk trad, de diagnose op pyo-salpinx gesteld.

23 November 1889 heeft na de gewone voorbereiding de operatie plaats. Na opening der buikholte wordt het bekken omhoog geplaatst en blijkt de tumor inderdaad de uitgezette, worstvormige, niet gekronkelde linker tuba te zijn. Na onderbinding en doorsnijding van het uterine uiteinde wordt getracht de tuba, die zeer innig met de achtervlakte van het breede band vergroeid is, daarvan los te maken. Dit gelukt met eenige moeite zoodanig, dat de tumor wordt uitgepeld uit een bekleedsel van vaste fibrine-lagen, zoodat er, na verwijdering van tuba en ovarium, eene gapende, licht bloedende wond overblijft. Hierin wordt weder eene strook jodoform-gaas gebracht, waarvan het eene uiteinde tusschen twee hechtingen door uit de wond naar buiten komt.

Rechts blijkt de tuba door dunne adhaesies met het ovarium en de achtervlakte van het breede band verbonden te zijn. De brides worden verscheurd en na jodoformisatie, de adnexa in situ teruggebracht. De buikwond wordt met afwisselend diepe en oppervlakkige zijden hechtingen gesloten en op de gewone wijze verbonden.

'sAvonds stijgt de temperatuur tot 38,6°, de pols-frequentie bedraagt 84. Pat. heeft weinig pijn. Nadat de temperatuur gedurende twee dagen nog een weinig verhoogd is geweest, maar pat. zich volkomen wel heeft bevonden, wordt de tampon door trekken uit den buik verwijderd. Van nu af blijft de temperatuur normaal en gaat de genezing ongestoord voort. Den tienden dag worden de hechtingen uit de wond verwijderd en deze volkomen genezen gevonden. Pat. staat vier dagen daarna op en verlaat, nog eene week later, het hospitaal. De pijn in den onderbuik is geweken en pat. loopt nu reeds beter dan vóór de operatie.

De uitgezette tuba bevat etter.

Midden Februari 1890 wordt pat. nog eens onderzocht en toen bevonden dat de anaemie belangrijk verbeterd, de algemeene toestand uitstekend, de drukgevoeligheid geweken en in het linker parametrium slechts eene geringe resistentie voelbaar is.

XXIV.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 85. Vrouw B. geb. v. P., oud 25 jaar, is twee en een half jaar gehuwd en nooit zwanger geweest. Kort na haar huwelijk kreeg zij eerst pijn bij de ontlasting en urine-loozing, later ook diffuus in den onderbuik. Eenigen tijd later moest pat. wegens de pijnlijke mictie en de buikpijn gedurende eenige weken het bed houden. De urine vertoonde geene afwijkingen. Tijdens de menstruatie, die geregeld plaats heeft, is de pijn het hevigst, terwijl zij toeneemt bij bewegingen.

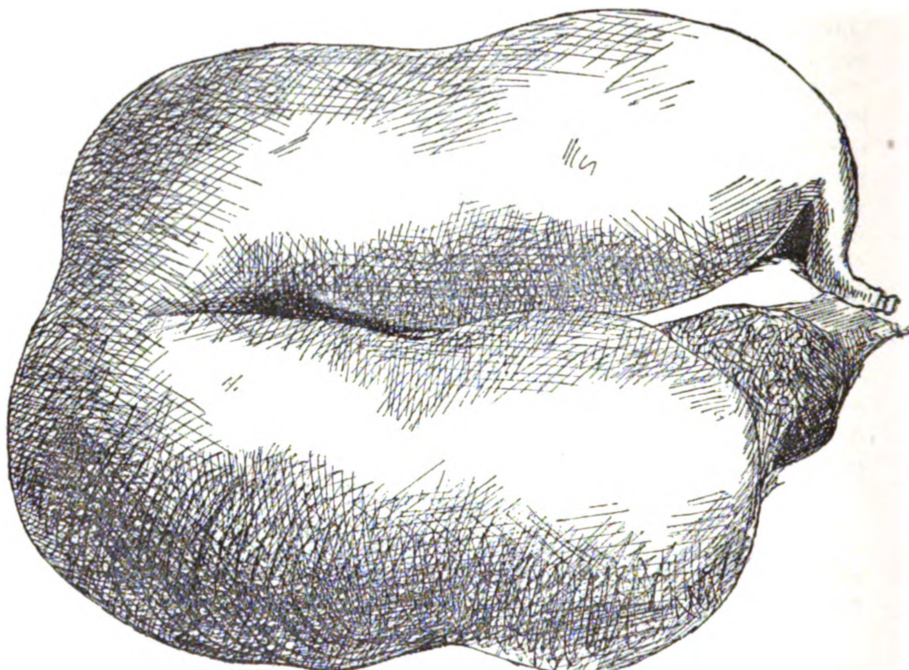
Bij een onderzoek, op 17 Februari 1890, wordt de uterus in anteflexie, een weinig vergroot gevonden. Omtrent den toestand der adnexa blijft men in twijfel, waarom pat. twee dagen later in narcose wordt onderzocht. Hierbij wordt de anteflexio uteri zoo sterk gevonden, dat de hoek tusschen corpus en cervix kleiner schijnt dan 90°. De uterus is gefixeerd. Van de linkerzijde loopt naar den bekkenwand een worstvormige, meer dan vingerdikke, week-elastisch aanvoelende streng, hoogstwaarschijnlijk de vochthoudende tuba. Rechts voelt men van den uterus-hoorn afgaan een ongelijkmatige, ongeveer eigroote, eveneens week-elastische tumor, waarschijnlijk de uitgezette tuba van die zijde. Van de ovaria is niets te vinden. De diagnose wordt gesteld op dubbelzijdige pyo-salpinx.

22 Februari 1890 heeft de laparotomie plaats. Na opening der peritoneaal-holte wordt het bekken hoog geplaatst. Aan beiden zijden blijkt de tuba enorm uitgezet te zijn.

Eerst wordt rechts de tumor met eenige moeite van de bestaande adhaesies losgemaakt, daarna dubbel afgebonden en met het ovarium verwijderd.

Links vormt de tuba, behalve het worstvormige, boven beschreven stuk, nog een grooter en dikker gedeelte, dat innig met het corpus uteri is vergroeid, waarom dit laatste bij het onderzoek voor vergroot werd gehouden. Deze tumor wordt gemakkelijk geïsoleerd, afgebonden en verwijderd, waarbij het ovarium terugblijft. De onderbindingsstompen worden

met jodoform bepoederd en daarna de buikwond op de gewone wijze gesloten en verbonden.



Etterhoudende cyste der Tuba Falloppiae Sinistra. (Natuurl. grootte.)

Het verloop is alleszins gunstig. Slechts éénmaal bereikt de temperatuur 38,1°. De pijnlijkheid in abdomine is dadelijk verdwenen.

4 Maart worden de hechtingen uit de wond genomen en deze geheel genezen gevonden. Drie weken na de operatie wordt pat. ontslagen.

Beide tubae bevatten etter, terwijl bij microscopisch onderzoek de wanden reuzen-cellen en tuberkels bleken te bevatten.

XXV.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 92. Vrouw d. R. geb. S., oud 52 jaar, is geruimen tijd gehuwd en heeft vier kinderen gehad, het laatste vóór 24 jaar. Zestien jaar geleden is zij behandeld, volgens haar zeggen wegens «kanteling en poliep der baarmoeder». Na dien tijd werd zij van tijd tot tijd wegens genitaal-lijden behandeld. In den laatsten tijd heeft zij heftige pijn in den onderbuik, die bij de ontlasting en urine-loozing toeneemt. De menstruatie bestaat nog steeds, maar treedt met ongeregelde tusschenpoozen op.

10 Maart 1890 wordt pat. in narcose in de kliniek onderzocht.

De uterus ligt in anteflexie, terwijl links daarvan een weeke, ongelijkmatige tumor gevonden wordt, die er slechts met een smallen steel mede samenhangt en van den bekkenwand goed afgrensbaar is. De tumor

is vrij bewegelijk. Rechts vindt men een atrofisch ovarium en verder niets abnorms. Er wordt tot operatieve verwijdering besloten, hoewel de juiste aard van het gezwel niet is vast te stellen.

13 Maart wordt de laparotomie verricht en na opening der peritoneaalholte het bekken weder omhoog geplaatst. Nu blijken beide tubae sterk uitgezet te zijn en talrijke adhaesies te bezitten. Eerst worden rechts de bestaande adhaesies verscheurd of afgebonden en daarna het uterine gedeelte van tuba en ligamentum latum door eenige zijden ligaturen onderbonden, bij welke manipulaties de tumor barst en een volkomen helderen sereusen inhoud blijkt te bevatten, waarvan een klein gedeelte in de peritoneaal-holte vloeit. Links wordt eveneens de tuba uit hare adhaesies geïsoleerd en na onderbinding evenals de andere, verwijderd. Rechts is het ovarium geheel, links gedeeltelijk weggenomen. De buikholte wordt hierop gereinigd en op de gewone wijze gesloten. Ook de linker tuba bevat sereus vocht.

Pat. heeft geene temperatuursverhooging gehad.

Tien dagen na de operatie worden de hechtingen verwijderd. De wond is genezen. Pat. verlaat vier dagen later het bed en nog ééne week later genezen de kliniek.

XXVI.

G. K. Cursus 1889—90. N°. 98. Vrouw B. geb. D., oud 43 jaar, is 20 jaar gehuwd, en heeft elf kinderen gehad, het laatste vóór anderhalf jaar. Bovendien aborteerde zij nog viermaal. Zij menstrueerde steeds geregeld.

Vóór vier maanden kreeg pat. pijn in de rechter onderbuikstreek, waaraan zij vroeger afwisselend ook al geleden had. De pijn neemt toe bij beweging, en eveneens bij de menstruatie en de ontlasting.

Bij onderzoek in narcose op 19 Maart 1890 wordt de uterus normaal groot en geanteflecteerd gevonden, eveneens zijn de linker adnexa normaal. Rechts ligt naast den uterus een bijna kippeneigroot gezwel, week-elastisch van consistentie, waarin de tuba waarschijnlijk overgaat. Het gezwel is, zoowel van den bekkenwand als van den uterus, goed afgrensbaar. Het rechter ovarium is niet te vinden.

26 Maart heeft de laparotomie plaats. Na incisie van het peritoneum en hoogligging blijkt de gevonden tumor rechts van en achter den uterus te liggen, op een afstand van het normale rechter ovarium en daarmeê in het geheel niet samenhangende. De tuba gaat er in over.

Het meer dan kippeneigroot gezwel wordt gemakkelijk van verschillende adhaesies losgepeld en, nadat de verbindingen met het breede band en den uterus van ligaturen zijn voorzien, afgesneden. De linker adnexa blijken normaal te zijn. Na reiniging en jodoformisatie der onderbindingsstompjes wordt de buikwond op de gewone wijze gesloten en verbonden.

De tumor heeft een inhoud die bestaat uit vet, met haren vermengd. Het blijkt dus een dermoïd-cyste te zijn, hoogstwaarschijnlijk uitgaande van de tuba.

Pat. maakt het verder goed. De temperatuur blijft steeds normaal.

4 April worden de hechtingen verwijderd en de wond genezen gevonden op een klein granuleerend gedeelte na, dat eene week later, bij het ontslag van pat., eveneens genezen is.

XXVII.

P. P. Mevrouw N. N., nullipara, kreeg vóór eenigen tijd, in aansluiting aan het inbrengen van de uterus-sonde wegens dysmenorrhoe, hevige pijn in den onderbuik met geringe koortsbeweging. Aangezien reeds vroeger met dezelfde nauwkeurige voorzorgen door haren zelfden behandelenden geneesheer herhaaldelijk de sonde was ingebracht, zonder eenigen hinder te veroorzaken, was hier allereerst aan een toevallige coïncidentie te denken. Des te waarschijnlijker werd dit nog, toen enkele dagen later een ruim kippeneigroote tumor van harde consistentie, in de linker bekkenhelft gevonden werd. Toen de gedurende eenige weken voortgezette, resorbeerende behandeling zonder resultaat bleef, werd het oordeel van Prof. Treub gevraagd, die pat. den 15den Mei 1890 voor het eerst zag. Bij de matig anaemische en lijdend uitziende vrouw werd bij onderzoek in chloroform-narcose gevonden, dat de kleine uterus in normale anteflexie lag en dat zich links en iets achter den uterus een ruim kippeneigroote, vrij harde tumor bevond, die er vrij breed mee samenhangt, maar van den bekkenwand goed afgrensbaar was. Van tuba en ovarium was niets anders dan het uterine uiteinde der laatste te voelen. Rechter adnexa niet voelbaar. De diagnose werd op tubair-tumor gesteld en wegens de pijnlijkheid en temperatuursverhooging op pyo-salpinx. Nadat tot operatie besloten was, wordt op 17 Mei 1890 de laparotomie verricht en na opening der peritoneaal-holte het bekken omhoog geplaatst.

In de buikholte bevindt zich eene minimale hoeveelheid bloederig vocht. Verder blijkt het peritoneum parietale in de bekkenstreek en eveneens het peritoneum viscerale, voor zooverre dit zichtbaar wordt, bedekt te zijn met talrijke, speldenknopgroote, grauw-grijze knobbeltjes. De tumor is inderdaad een tubair-gezwel, vertoont dezelfde knobbeltjes en is sterk vergroeid, zoowel met darmlissen, als met de achtervlakte van den uterus en met de matig gezwollen tuba der andere zijde. Bij het stomp losmaken van het gezwel wordt de darm-serosa gelaedeerd. Het ontstane wondje wordt dadelijk met eene doorloopende hechting van dunne zijde gesloten. Nadat het gezwel van de adhaesies is losgepeld, wordt de tuba afgebonden en doorgesneden. Aangezien de rechter tuba eveneens met dezelfde tuberculeuse knobbels bezaaid, sterk verdikt en aan het fimbriën-uiteinde geheel vergroeid is, wordt ook deze weggenomen. De holte, die door het uitpellen van den links gelegen tumor is overgebleven, wordt met een strookje jodoform-gaas opgevuld, waarvan het ééne uiteinde tusschen twee hechtingen uit de wond naar buiten komt. Gewone hechting en verband.

De linker tuba blijkt brokkeligen etter te bevatten. Twee dagen na de operatie wordt de tampon verwijderd, terwijl acht dagen later de hechtingen uit de wond worden genomen, waarbij deze geheel genezen schijnt. Pat. vertoont nu en dan geringe temperatuursverhoogingen en eenige stoornis in de darm-functie.

1 Juni breekt er 's avonds een klein abscesje in den buikwand door. De omgeving is geinfiltreerd. Eerst worden gedurende eenige dagen Priessnitz'sche inwikkelingen en daarna boor-zalf op het wondje geappliceerd, waarop pat. den 11den Juni met bijna genezen wondje wordt ontslagen. Na doorbraak van het abscesje was de temperatuur niet weder verhoogd. Kort hierna kreeg pat. thuis onder lichte temperatuursverhef-

fingen langs het geheele litteeken kleine tuberculeuse abscesjes, die eerst langzaam genazen. Overigens bevond zich pat. ongeveer drie maanden na de operatie, volkomen wel.

Uit de medegedeelde geschiedenissen blijkt dat de indicatiën tot het verwijderen der adnexa de volgende waren:
7 maal dubbelzijdige etterige salpingitis,
5 maal eenzijdige etterige salpingitis,
1 maal dubbelzijdige sereuse salpingitis,
3 maal eenzijdige sereuse salpingitis,
5 maal eenzijdige bloedophooping in de tuba, hoogstwaarschijnlijk een gevolg van tubair-graviditeit,
5 maal tuberculose der adnexa uteri, met ophooping van kaasachtige massa in de tubae,
1 maal dermoïd-cyste van de tuba.
Wij hadden onze reeks nog belangrijk kunnen vermeerderen door het mededeelen van die gevallen, waarin de tubae moesten worden verwijderd, omdat zij mede de zetel waren van aandoeningen, die min of meer het geheele inwendig genitaal-apparaat hadden aangegrepen, bijv. carcinoma. Al is onze serie zeker veel te klein, om op zich zelve tot statistische gegevens bruikbaar te zijn, zoo blijkt er toch o. i. voldoende uit, dat de operatieve verwijdering der adnexa uteri niet alleen uitvoerbaar is, maar ook, door eene geschikte hand uitgevoerd, tot de minder gevaarlijke operatiën mag worden gerekend. Onder de medegedeelde 27 gevallen komt er toch slechts één met doodelijken afloop voor, zoodat de mortaliteit nog niet ten volle 4% bedraagt. Voorzeker een schoon resultaat, in vergelijking met de uitkomsten van vele chirurgische, als niet ingrijpend bekend staande, operatiën.

Ofschoon ik reeds in het begin van mijn opstel heb medegedeeld dat het niet mijn plan is eene verhandeling over de techniek der salpingotomie te schrijven en ik mij verder onbevoegd reken, de leer der tuba-aandoeningen in het algemeen te gaan ontvouwen, komt het mij noodig voor op een paar technische bijzonderheden nader te wijzen en, ten dienste van diegenen onder de lezers van dit tijdschrift, die, hoewel geene speciaal-gynaecologen zijnde, zich voor het onderwerp interesseeren, eene zeer korte opgave uit de litteratuur der laatste jaren er aan toe te voegen.

Vooreerst valt in het oog dat, te beginnen met het achtste der vermelde gevallen, na opening van het peritoneum het bekken der patiente omhoog werd geplaatst. Hierdoor wordt de positie verkregen, die reeds voor jaren door Trendelenburg is aanbevolen, als geschikt voor de operatie van tumoren der blaas. De bedoeling bij de operatie van kleine gezwellen van het inwendig genitaal-apparaat is, de darmen van het operatie-terrein verwijderd te houden, waartoe anders de hand van een assistent voortdurend in beslag gehouden werd, terwijl het resultaat veel minder volkomen was. Voorloopig werd gebruik gemaakt van het opzetbare hoofdeinde der operatie-tafel, waardoor het bekken ongeveer 40 centimeter hooger kwam dan hoofd en thorax. Later, toen de methode bruikbaar bleek, heeft Prof. Treub aan zijne operatie-tafel eene eenvou-

dige inrichting laten maken, waardoor eene verhooging van ruim 50 centimeter kan bereikt worden. Ik kan ieder, die dergelijke operatiën verricht, deze ligging ten zeerste aanbevelen, al heeft zij het nadeel dat operateur en assistenten eene verhoogde standplaats noodig hebben om het operatie-terrein te kunnen bereiken en overzien, terwijl eventueele toeschouwers, die bij eene salpingotomie toch dikwijls niet veel anders zien dan het openen en sluiten van de wond, er door in nog ongunstiger conditie komen. Misschien ware er echter eene tafel te construeeren, waardoor de genoemde bezwaren worden opgeheven.

Verder blijkt, in het zeventiende geval, de methode van hechting der wond gewijzigd te zijn. Tot nog toe hechtte Prof. Treub op de volgende wijze. Eerst werd het peritoneum met eene doorloopende dunne catguthechting gesloten en daarover een tweede doorloopende catgut-sutuur aangelegd, die de spieren vereenigde, terwijl eindelijk de huid door gewone zijden hechtingen gesloten werd. Een geval van uitgebreide abscesvorming in de wond met etterverzakking tusschen de spieren, waarvan de oorzaak hoogst waarschijnlijk in het gebruikte catgut gelegen was, leidde tot het besluit om het catgut, dat wegens zijne onbetrouwbaarheid toch ook in de chirurgie hoe langer hoe meer achterwege gelaten wordt, niet meer te gebruiken en voor de sluiting der wond één enkele serie geknoopte zijden hechtingen aan te leggen, waarvan de meeste het peritoneum mede vatten. De tijd zal moeten leeren of deze hecht-methode voldoende beschut tegen het ontstaan van buikbreuken. Voorloopig schijnt dit het geval te zijn en dan is er nog bovendien het onmiskenbare voordeel aan verbonden, dat zij den duur der operatie, d. i. de tijd, gedurende welke de patiente aan chloroform-narcose en afkoeling is blootgesteld, alweder met enkele minuten bekort.

Ten slotte een enkel woord over de tamponnade van wonden in de ligamenta lata, veroorzaakt door het uitpellen der vrij groote, intraligamentair ontwikkelde gezwellen. Dergelijke wonde-vlakten in de peritoneaal-holte leverden vroeger een vrij ernstig bezwaar op. Wel poogde men ze door hechtingen te verkleinen, maar hierdoor kon het ontstaan van bloeduitstortingen dikwijls niet geheel worden voorkomen. De tamponnade overwint hier nu inderdaad alle bezwaren, terwijl zij, zooals nog onlangs door Dr. van Stockum[1]) in een opstel, waarin ook de litteratuur over het onderwerp vermeld wordt, op grond van proeven en ervaring voldoende is aangetoond, onschadelijk mag genoemd worden.

Ook over de diagnostiek der tubair-aandoeningen kan ik kort zijn. De bimanueele palpatie, vooral in de chloroform-narcose, stelt ons in staat het geheele inwendige genitaal-apparaat nauwkeurig te onderzoeken. Toch behoort de diagnose eener tubair-zwelling ongetwijfeld tot de moeilijkste en blijkt, uit de medegedeelde gevallen, dat somtijds zelfs een ervaren onderzoeker, moet blijven twijfelen. Zeer goede regelen voor het onderzoek gaf Prof. Treub voor eenigen tijd in het Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde[2]).

---

[1]) Van Stockum. De jodoformgaas-tamponnade der peritoneaalholte. Dit Tijdschrift Jaargang II, afl. 1.

[2]) Treub, Een en ander over Aandoeningen der Tuba uterina. Ned. Tijdschrift v. Geneeskunde, Jaargang 1889, 1e Deel.

Ofschoon Hennig in den aanhef van zijn bekend werk over de ziekten der eileiders[1]) vermeldt dat reeds bij Falloppia, die omstreeks 1550 de tubae ontdekte, de eerste aanduidingen eener pathologie der naar hem genoemde organen gevonden worden, zoo is hij toch de eerste, die een systematisch werk over tubair-ziekten schreef, ofschoon in zijne voorrede te lezen staat, dat hij zijnen ambtgenooten «einen Arbeit im Dunkeln» voorlegt.

Zoo vinden wij in de brochure van Noeggerath, die in 1872 verscheen[2]) en zooveel opschudding onder de medici teweegbracht, door de onbarmhartige wijze, waarop ieder echtgenoot, die na eene volgens zijne meening, volkomen genezen urethritis in het huwelijk trad, wordt veroordeeld, nog maar zeer vage begrippen omtrent het verband tusschen gonorrhoïsche infectie en ziekten der tubae, een verband, dat tegenwoordig door ieder wordt erkend. Merkwaardig is de waarneming van Noeggerath, waar hij pag. 71 van zijn werkje spreekt van een «Pilz», die volgens hem zou voorkomen in het vaginaal-secreet van gonorrhoïsch geïnfecteerde vrouwen. Dat het met de kennis der tubair-aandoeningen vóór dien tijd nog treurig gesteld was, blijkt voldoende uit het feit, dat Scanzoni in de in 1873 verschenen editie van zijn leerboek[3]) de diagnose der tubair-veranderingen (pag. 369) voor onmogelijk houdt, terwijl de waarde der laparotomie in het algemeen uitkomt, waar hij op pag. 472 de ovariotomie een waagstuk noemt, eene meening, die ook hij zeker later niet meer verdedigd heeft.

Een der beste werken voor de studie der tubair-aandoeningen, voor hen, die er meer van willen weten dan in de gewone handboeken der Gynaecologie, van Schroeder, Fritsch, Winckel e. a. te vinden is, kan ongetwijfeld genoemd worden het boek van Bandl, dat de 59e aflevering uitmaakt van het groote Handboek der Chirurgie, door Billroth en Luecke uitgegeven[4]). Verder vindt men in de handboeken van Lawson-Tait[5]) en van Terrillon[6]) uitvoerige regelen voor de techniek der salpingotomie en de nabehandeling der geopereerde patienten. Vooral het laatstgenoemde handboek, dat een groot deel der zoogenaamde buik-chirurgie behandelt, verdient m. i. alle aanbeveling.

---

[1]) Carl Hennig, Die Krankheiten der Eileiter und die Tubairschwangerschaft, Stuttgart 1876.

[2]) Emil Noeggerath, Die latente Gonorrhoe im weiblichen Geschlecht. Bonn 1872.

[3]) von Scanzoni, Lehrbuch der Krankheiten der weiblichen Sexualorgane. Dritte vermehrte Auflage, Wien 1863.

[4]) L. Bandl, Die Krankheiten der Tuben, der Ligamente, des Beckenperitonäums und des Beckenzellgewebes. Stuttgart 1886.

[5]) Lawson-Tait, Traité des maladies des ovaires, traduction du Dr. A. Olivier. Paris 1886.

[6]) Terrillon, Clinique chirurgicale. Paris 1889.

Rotterdam, September 1890.

BOEKBESCHOUWING.

Naar aanleiding van het vraagstuk: „Over den partus arte praematurus".

Th. G. den Houter, *Partus arte praematurus*. Diss. Leiden, 1889.

L. Kleinwächter, *Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft.* Wien, 1890.

H. Bayer, *Ueber geburtshülfliche Elektrotherapie bei künstlichen Frühgeburten und Cervixstricturen.* Volkm. Vortr. n°. 358. 1890.

H. Treub, *De techniek der kunstmatige vroeggeboorte.* Dit Tijdschrift, Dl. II, p. 101.

De dissertatie van den Heer den Houter wacht reeds te lang op eene bespreking. Zeker zou ik haar eerder in dit Tijdschrift hebben aangekondigd, indien mij niet kort daarna de studie van Kleinwächter en de voordracht van Bayer in handen waren gekomen en Treub's beschrijving van zijne techniek kon worden tegemoet gezien. Vandaar dat ik mij veroorloof een paar bescheiden opmerkingen te maken naar aanleiding van het vraagstuk van den partus praematurus, dat door de antisepsis, evenals zoo vele vraagstukken, van nieuwe gezichtspunten uit kan worden beschouwd.

Dr. den Houter bakent zich in zijne inleiding het onderwerp zijner dissertatie af en geeft de volgende definitie van partus arte praematurus.

Hoewel, zegt hij, partus arte praematurus alleen kan vertaald worden door «kunstmatig vervroegde baring» en daardoor geen tegenstelling met het accouchement forcé bestaat, wenscht hij daaronder te verstaan: «het «kunstmatig in gang brengen en verder aan de natuurlijke krachten «overlaten eener baring, op een tijdstip, waarop de vrucht buiten de «baarmoeder kan blijven leven.

«Bij deze operatie, die wij wellicht niet geheel juist *kunstmatig ver-«vroegde natuurlijke baring* zouden willen noemen, bestaan noch an-«dere, noch ook meerdere aanwijzingen tot het tusschenbeide treden der «kunst, dan die zich bij elken partus aan het normale einde der zwan-«gerschap kunnen voordoen».

Een strenge tegenstelling met het accouchement forcé wenscht hij te handhaven.

Daarentegen plaatst Kleinwächter zich op een vrijer standpunt. Reeds zijn titel bewijst het. Tot zijn onderwerp behoort elke wijze waarop gehandeld wordt, wanneer men een einde aan de zwangerschap wil ma-

ken; zoowel de kunstmatige abortus, de kunstmatige vroeggeboorte, het accouchement forcé als de laparotomie bij graviditas extra-uterina. In al die gevallen toch, wordt op kunstmatige wijze de zwangerschap getermineerd. Al zal iedereen toegeven, dat het slaan van den ruimst mogelijken blik op een onderwerp meestal de voorkeur verdient, zoo is toch niet te ontkennen, dat men hierbij gevaar loopt heterogene zaken naast elkander te plaatsen en vergelijkingen te maken, die volstrekt niet opgaan. Vandaar dat het mij toeschijnt, dat de beperking, die Dr. den Houter zich heeft opgelegd, in hoofdzaak verdient te worden toegejuicht, n. l. in zooverre hij wil spreken over de wijzen waarop, — wanneer het afbreken eener bestaande zwangerschap, bij levend en levensvatbaar kind, wenschelijk geacht wordt, — de baring kan worden ingeleid. Echter schijnt mij niet boven bedenking verheven, dat, wanneer eenmaal de baring ingeleid is, «noch andere, noch ook meerdere aanwijzingen be«staan tot het tusschenbeide treden der kunst, dan die zich bij elken «partus aan het normale einde der zwangerschap kunnen voordoen». Immers hij beneemt zich daardoor de gelegenheid, in te gaan op de bebelangrijke vraag, reeds vroeger door verschillende verloskundigen gesteld en later door Schatz, Cohnstein, Ahlfeld en Fehling gereleveerd of het wenschelijk is in ieder geval van kunstmatig vervroegde baring wegens bekkenvernauwing versie te doen, ten einde het kinderhoofd gemakkelijker door die vernauwde plaats te laten passeeren. Bij de beperking, die Dr. den Houter zich heeft gesteld, kan hij deze vraag slechts zeer kort aanroeren, al had zij m. i. een uitvoerige bespreking ruimschoots verdiend, daar met hare beantwoording weder de keuze der methode samenhangt.

Eene andere vraag die men zich onwillekeurig stelt is deze: Wanneer men in sommige gevallen aan de baring een einde maakt, betrekkelijk weinig rekening houdende met weerstand door den cervix uteri gegeven, of deze door min of meer gewelddadige handelingen opheffende, en dit procédé *accouchement forcé* noemt, en in andere gevallen met het doel de baring *natuurlijk* te doen verloopen, toch den cervix uteri dilateert, de vliezen losmaakt, of wel deze breekt, of ook vrij groote voorwerpen in de baarmoeder brengt, die daar zekere spanning veroorzaken, — bestaat dan tusschen beide handelwijzen een zóó groot verschil, dat men over het eene sprekende aan het andere niet mag denken? Naar mij voorkomt is echter deze vraag toch wel te beantwoorden. De strenge scheiding, die men tusschen partus arte praematurus en accouchement forcé maakt, heeft een dieperen grond, dan alleen het technische verschil; aan beide woorden verbinden zich geheel verschillende begrippen. Bij het woord accouchement forcé denkt men aan een treurige noodzakelijkheid. Er is een toestand, die geen uitstel gedoogt, de voorspelling wordt absoluut ongunstig, tenzij oogenblikkelijke redding opdaagt, — men komt tusschenbeide, omdat men moet; — gedwongen door de omstandigheden grijpt men elk middel aan, dat helpen kan; — men stapt over bezwaren van allerlei aard heen, — als de afloop maar gunstig is!

Men zal er echter niet aan denken, om wat men in zulke gevallen doet, als algemeenen maatregel aan te bevelen. Geschiedt dat toch door sommigen, nemen zij den schijn aan alsof bij eene baring niet gevraagd

moet worden, wat men doen *moet*, maar wat men doen *kan*, hoever men met die polypragmasie wel kan gaan: — dan komen uit de nevelen der historie de schimmen van Deisch en Mittelhäuser waarschuwen.

Lijnrecht daartegenover staat het begrip partus arte praematurus. Men wil de baring *opwekken*, liefst niet meer. Als het kon, zou men zoo gaarne elke opgewekte baring natuurlijk laten afloopen, het ideaal zou zijn, dat slechts de tijd gekozen, al het overige gelijk aan de spontane bevalling zou zijn. Het liefst zou men prikkels willen aanwenden, die prompt werkten en tegelijkertijd geene verandering teweegbrachten in de verhouding die tusschen baarmoeder en ei bestaat, noch kunstmatig toestanden in het leven roepen, die eerst tijdens de natuurlijke baring ontstaan. Als het kon zou men liefst de baarmoeder niet aanraken.

Deze denkbeelden vormen, naar mij dunkt, een roode draad in de geschiedenis van de kunstmatige vroeggeboorte. Wanneer men het nauwkeurig en onpartijdig geschreven historisch overzicht, zoowel van het leerstuk als van de methoden, door den Heer den Houter nagaat, komt men verschillende, grootendeels obsolete handelwijzen tegen, die hun oorsprong wel *moeten* verschuldigd zijn aan den wensch om de baarmoeder zoo mogelijk niet direct aan te raken. Immers dan schijnt het minder dwaas, dat men de mammae prikkelde om baring op te wekken [1]) en verklaart men zich beter de voorkeur, die door sommigen aan indirecte prikkels boven directe gegeven wordt. Intusschen lijden alle aan een bezwaar, dat enorm is, zij doen niet genoeg. Noch de massage van den buik in de streek van den fundus uteri, noch heete baden, noch heete vaginaaldouches, noch electriciteit zijn in staat binnen korten tijd weeën op te wekken, die niet na het ophouden van den prikkel weder overgaan. Men moet dus direct werkende prikkels aanwenden, wil men in korten tijd zijn doel bereiken. Maar ook op dit meer beperkte gebied schijnt het mij, dat de vrees om pathologische verhoudingen te scheppen, de keuze der methode beheerscht. Immers met geene andere methode zijn resultaten verkregen, zoo gunstig als Braun ze liet mededeelen na vliessteek, maar toch wordt, naar het schijnt, steeds geluisterd naar de bezwaren daartegen, die mij toeschijnen meer van theoretischen aard te zijn, en liever een nieuwe methode gezocht, dan gepoogd even goede resultaten als Braun te verkrijgen.

Wanneer de vliezen gebroken zijn, is, om met een bekend Staatsman te spreken «het mooie er af», — al verkrijgt men een alleszins gunstig resultaat, men heeft daarbij tegen wil en dank toegegeven, dat een kunstmatige vroeggeboorte ook in haar beloop niet met een natuurlijke baring kan worden gelijkgesteld.

Inderdaad zou het eenigszins te betreuren zijn, indien deze concessie werd gedaan, want dan zou niet meer gezocht worden naar een prompt werkend, absoluut onschadelijk middel om de baring op te wekken, zonder den natuurlijken gang te storen.

Aan pogingen in dien zin heeft het ook in de laatste jaren niet ontbroken (cf. den Houter en Treub); pogingen die meer in het bijzonder interessant zijn, omdat nergens wellicht, dan ten aanzien van den

[1]) cf. de electrische Schröpfkopf van Freund Jr. uit Straatsburg.

partus arte praematurus, de antisepsis grootere omwenteling heeft teweeggebracht.

De bougie werkt dikwijls niet voldoende, wanneer alle antiseptische voorzorgen behoorlijk genomen zijn. Om de beteekenis hiervan te begrijpen is het voldoende te constateeren, dat aan geen enkele kliniek, behalve in Frankrijk misschien, de methode van Krause ongebruikt werd gelaten, dat zij in de meeste klinieken de operation de choix was, in andere werd aangewend, wanneer heete douches (zooals meestal) in den steek lieten. Waar de bougie goed werkte (ook zonder onwillekeurigen vliessteek) scheen het, alsof het effect veroorzaakt werd door het mede-indringen van infectie-kiemen, daar dan dikwijls endometritis volgde (Balandin, bij den Houter p. 59). Wanneer men dus met het inbrengen eener bougie beoogt een *mechanischen* prikkel, dan zou dit werktuig niet kunnen praesteeren, wat men er van verwacht. Nu liggen tweeërlei wijzen van doen voor de hand: òf men herhaalt den mechanischen prikkel, d. w. z. men neemt de bougie weer weg, maar voert ze op nieuw, liefst in een andere richting weder in, d. w. z. men keert terug tot de methode, die Lehmann aan Zuijdhoek ontleende, — òf men brengt een grooter voorwerp tusschen den baarmoederwand en de vliezen in. Echter zal men dan moeten toegeven, dat ook bij het inbrengen eener ballon of van een opgespoten condom (Treub) *boven* het ostium internum, wijzigingen in de verhouding tusschen ei en baarmoeder worden teweeggebracht, die men à priori gaarne had willen vermijden.

Evenzeer is van een à prioristisch standpunt elke manipulatie aan den cervix uteri, waardoor men deze tracht te verwijden, minder wenschelijk. Immers hetzij men met dit doel blazen inbrengt (Barnes, Tarnier, Champetier de Ribes), hetzij men den cervix door jodoform-gaas tamponneert (Chenevière, Zweifel), men schept kunstmatig verhoudingen, die men liever natuurlijk zag ontstaan. Toch is het verwijden van den cervix uteri een der oudste methoden (spongia, laminaria, dilatatoriën) en geen wonder, want in vele gevallen is niets mogelijk, tenzij eerst een kunstmatige toegang tot het inwendige van de baarmoeder wordt gemaakt, en is men wel gedwongen hiertoe zijn toevlucht te nemen en theoretische bedenkingen te laten varen.

Al schijnt het, dat tusschen de methode, die Treub ter beproeving aanbeveelt en die van Tarnier, Barnes en Champetier de Ribes weinig verschil bestaat, omdat alle gebruik maken van ballons, die worden opgeblazen, toch is lichtelijk in te zien, dat dit verschil, wat den aard der werking betreft, enorm is, daar bij Barnes en Tarnier dilatatie op den voorgrond staat, Champetier hier niet gansch afkeerig van is, doch Treub elke dilatatie door middel van zijn instrument à priori uitsluit en slechts door mechanische prikkeling van den baarmoederwand, liefst nabij den fundus uteri, weeën wil opwekken. Theoretisch komt mij dan ook voor, dat Treub's methode nader staat aan de methode van Schweighäuser, die meestal naar Cohen (Hamburg) wordt genoemd, waarbij eenige dekagrammen water tusschen de vliezen en den baarmoederwand wordt ingespoten. De aanprijzing van te groote hoeveelheden vocht door Cohen, de overgroote waarde, door hem aan aqua picis ten onrechte toegekend, de groote mate van zorg, die vereischt werd

om het indringen van lucht in de baarmoeder en lucht-embolie te voorkomen (menige vrouw is hieraan plotseling gestorven) hebben gemaakt, dat zij in de praktijk geen burgerrecht heeft verkregen, maar slechts in enkele klinieken, dan echter met succes — is toegepast. Kleinwächter prijst haar evenwel aan: «Schonungsvoll, sicher und rasch» noemt hij haar, wanneer onder de noodige voorzorg tegen het indringen van lucht ongeveer 60 à 70 grm. «abgekochtes Wasser» worden geinjiceerd, onder geringe drukking, zonder geweld. Ik zou niet aarzelen Treub's methode te verkiezen, daar hierbij alle gevaar voorlucht-embolie is vermeden, en tegelijk het ingespoten vocht in het condom opgesloten blijft, dus noch eene eventueel schadelijke werking kan uitoefenen, noch kan geresorbeerd worden of wegvloeien. Slechts één bezwaar zou ik tegen Treub's methode kunnen aanvoeren, dat men n.l. een zekere mate van cervix-dilatatie moet hebben, zal de dikke katheter met zijn inhoud kunnen worden ingevoerd en bovendien, dat naar het schijnt nog al eens de vliezen ermede gebroken worden. Nu komt *mij* echter voor, dat dit laatste geen groot bezwaar is, en krijg ik bij het lezen van historiae partus den indruk alsof de meeste obstetricatoren wel is waar niet gaarne à priori de vliezen breken, of dit alleen doen, wanneer men zich niet om het leven der vrucht behoeft te bekommeren, maar het toch *niet zoo heel erg* vinden als het bij ongeluk gebeurt.

Vergis ik mij niet, dan kan de stand van het vraagstuk: Op welke wijze wordt partus praematurus het best opgewekt, aldus worden samengevat:

1°. A priori is wenschelijk een methode, waarbij geen enkele verandering in de verhouding tusschen vliezen en ei wordt teweeggebracht, noch kunstmatig het onderste baarmoeder-segment wordt verwijd. Dit blijft echter nog een pium desiderium.

2°. Als mechanische prikkel blijkt de volmaakt aseptische en aseptisch ingebrachte bougie niet geheel voldoende, het is wenschelijk den prikkel grooter te maken. Pogingen daartoe gedaan leiden aanvankelijk tot een goeden uitslag (Treub). Waarschijnlijk zal op deze wijze voor de toekomst een goede methode verkregen worden.

3°. Geen methode heeft tot nu toe resultaten gehad, die gelijkgesteld kunnen worden met die van den vliessteek. Zoolang nog niet één der methoden sub 1° en 2° bedoeld *gevonden* en *beproefd* is, verdient zij de grootste aandacht en zal zij steeds kunnen worden toegepast, waar om het kind niet gedacht behoeft te worden, en het kind geen mechanische bezwaren veroorzaakt. Is echter een methode gevonden, die tegelijk aan theoretische bezwaren en aan practische eischen voldoet, dan dient de vliessteek als methode te vervallen.

NIJHOFF.

EEN GEVAL VAN INTRA-PERITONEAAL-ZWANGERSCHAP, UIT PRIMAIRE TUBAIR-ZWANGERSCHAP ONTSTAAN.

(Uit de kliniek van Dr. MENDES DE LEON.)

DOOR

Dr. MENDES DE LEON en Dr. CATHARINE VAN TUSSENBROEK.

Ofschoon buiten-baarmoederlijke zwangerschap onder de zeldzaam voorkomende afwijkingen wordt gerekend, heeft de literatuur betreffende dit onderwerp toch een aanzienlijken omvang bereikt. Dat desniettegenstaande over dit duistere gebied tot dusverre zoo weinig licht valt, is voor een groot gedeelte te verklaren uit het onvolledige en onnauwkeurige der oudere publicaties. Eerst in den laatsten tijd wordt er algemeen naar gestreefd door een volledig makro- en mikroskopisch onderzoek zich een duidelijke voorstelling van de anatomie en pathogenese dezer afwijking te vormen [1]). Tot dezen gemeenschappelijken arbeid eene kleine bijdrage te leveren, is het doel van de volgende mededeeling.

Op den 28sten April 1890 werd door Dr. Hart te Nieuwer-Amstel een patiente naar de kliniek gezonden, wier ziekte-geschiedenis luidt als volgt:

Patiente heeft zes maal gebaard; de laatste maal vóór zes jaren. Een half jaar na den laatsten partus had abortus plaats; sinds volgde geregelde menstruatie tot vóór ruim 15 maanden, toen patiente meende wederom zwanger te zijn geworden. Zes maanden lang bleef de periode weg, en de twee laatste maanden voelde zij duidelijk kindsbewegingen; de buik was daarbij tamelijk sterk uitgezet. Na de zesde maand hielden de vermoedelijke kindsbewegingen op, en werd per vaginam een vocht ontlast, dat patiente als «lendenwater» beschrijft. Korten tijd daarop volgde een vloeiing die vier weken aanhield; daarna gedurende zes maanden amenorrhoe. Toen trad de menstruatie wederom in, en herhaalde zich geregeld tot vier keer toe; de laatste maal eenige dagen nadat patiente in de kliniek was opgenomen.

Patiente is eene tengere, bleeke, doch overigens gezonde vrouw. Ze maakt zich ongerust over het feit, dat de bevalling zoo lang uitblijft, doch heeft overigens weinig klachten. Alleen hindert haar een gezwel in den buik dat, vooral bij bewegingen in liggende houding, veel last veroorzaakt.

Zoowel de anamnese, waarvan verschillende data nauwkeurig door de patiente zelve gegeven en door den behandelenden medicus bevestigd

[1]) Een belangrijke casuistische bijdrage leverde Stratz in de 2de aflevering 1890 van dit Tijdschrift.

worden, als een onderzoek, eenige dagen vóór de opname verricht, doen de diagnose stellen op abdominaal-zwangerschap. Den 30sten April wordt patiente, in narcose, gedemonstreerd op de vergadering van de Gynaecologische vereeniging en het volgende vastgesteld.

Bij uitwendig onderzoek voelt men een harden, vasten tumor met knobbelige oppervlakte, zeer beweeglijk in de buikholte gelegen, die in bovenwaartsche richting tot onder den ribbenboog kan worden verplaatst. Bij gecombineerd onderzoek zijn daarenboven in het kleine bekken nog twee tumoren te voelen, waarvan de eene, oranje-appel groot, den indruk maakt van den vergrooten uterus die eenigszins naar links verplaatst is; terwijl rechts, onmiddellijk met dezen verbonden, een kleiner gezwel zich bevindt, dat voor het rechter ovarium wordt gehouden. Het meerendeel der onderzoekers is van meening dat het geval als een graviditas extra-uterina moet worden opgevat, ofschoon het bevreemding wekt dat de grootste der beide tumoren — de vermoedelijke foetus — zoo hoog in den buik is gelegen, en geen samenhang met de inwendige genitaliën vertoont. De indicatie «laparotomie» wordt unaniem gesteld.

Den 6den Mei werd tot de operatie overgegaan.

Bij opening van de peritoneaal-holte ontlast zich eene kleine hoeveelheid bruinrood sereus vocht, en vertoont zich een foetus, dat nagenoeg geheel vrij in de buikholte is gelegen. Alleen het bovengedeelte van den rug en een deel van het achterhoofd zijn door talrijke adhaesies met het omentum majus verkleefd. Van een navelstreng is niets te ontdekken.

Na eenige onderbindingen kan de foetus tamelijk gemakkelijk en zonder het minste bloedverlies worden verwijderd. De patiente wordt nu in Trendelenburg'sche ligging gebracht ten einde een onderzoek in te kunnen stellen naar de twee in 't kleine bekken gelegen tumoren. De grootste, meer naar links gelegene, die voor den uterus imponeerde, is een bolrond, niet fluctueerend, vast gezwel, ter grootte van een sinaas-appel; gelegen lateraal-waarts van het linker ovarium, en met dit orgaan en den uterus verbonden. Het tweede, in de rechter bekkenhelft gelegen gezwel blijkt de uterus te zijn, die volkomen normaal van consistentie en grootte, maar door den aangrenzenden tumor naar rechts verplaatst is. Laatstgenoemde tumor wordt, na dubbele omsnoerig van den steel, verwijderd, enkele gapende vaatlumina in den steel afzonderlijk onderbonden, en daarna de buikwond gesloten.

Het ziekte-verloop was verder zeer gunstig, en behoudens een lichten aanval van icterus, en eene temperatuursverhooging tot 39.8°, die ruim drie weken na de operatie intrad, en den volgenden dag weer voor normale temperatuur plaats maakte, was de reconvalescentie ongestoord. Op den achtsten dag werd door oleum ricini en een glycerine-clysma ruime defaecatie verkregen, en op den twaalfden werden alle hechtingen verwijderd, en bleek de buikwond per primam genezen te zijn.

Nader onderzoek van de beide geëxstirpeerde tumoren brengt het volgende aan het licht.

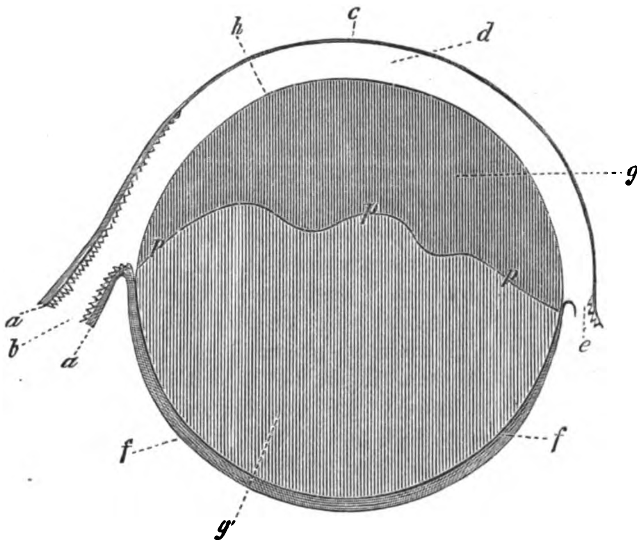
Het laatst verwijderde, appelronde gezwel is geheel van een gladde peritoneaal-bekleeding voorzien, met uitzondering van de plaats, waar de steel is afgebonden. Dit gedeelte vertoont, behalve eenige groote vaatlumina, de doorsnede van een rolronde streng, die zich op den tumor

verliest, en voor de afgebonden tuba imponeert. Bij insnijding van den tumor doet zich eene donkerroode, sponsachtige massa voor, die klaarblijkelijk uit dichtmazig placentair-weefsel bestaat, en omsloten is door een vaste membraan, ter dikte van een millimeter.

Eene sonde, in het afgesneden tuba-einde ingebracht, voert, zonder weerstand te ontmoeten, in een dunwandigen zak, die de bovenste helft der bolronde placenta bedekt. Nauwkeurig onderzoek brengt eene contra-opening aan het licht die, uit dezen zak, weer naar de oppervlakte van den tumor geleidt.

Klaarblijkelijk hebben wij dus in dezen tumor de placenta voor ons, die zich binnen de tuba heeft ontwikkeld.

Onderstaande schema geeft van de beschreven verhoudingen een aanschouwelijke voorstelling.



Schematische mediane doorsnede door de in de tuba besloten placenta.

a. normale tuba-wand,
b. normaal tuba-lumen,
c. gerekte en verdunde tuba-wand, die de bovenste begrenzing van den vruchtzak vormt,
d. gerekt tuba-lumen, dat als een schaal de bovenste helft der placenta omsluit,
ppp. projectie op de mediane doorsnede van de lijn, waar de vrije wand van den vruchtzak op den tumor overgaat,
e. ostium abdominale tubae,
f. veranderde tuba-wand, waarin zich de placenta heeft ontwikkeld,
g. appelronde placenta,
h. gladde membraan, die de foetale vlakte der placenta bekleedt.

In plaat I fig. 1 is de tumor zelf nauwkeurig afgebeeld [1]). Men ziet de

[1]) Deze teekening, evenals de fraaie afbeelding van den foetus in fig. 2 van plaat I danken wij aan de kunstvaardige hand van den heer Mendes da Costa, Genees-heer-assistent in het Binnen-gasthuis alhier.

doorgesneden tuba *a*, en den spleetvormig gapenden, dwars door de snede getroffen vruchtzak.

Verschillende gedeelten van het praeparaat werden aan een mikroskopisch onderzoek onderworpen; allereerst het in den zak voerende tuba-einde, dat normalen bouw blijkt te bezitten; alleen zijn de slijmvliesplooien bijzonder sterk ontwikkeld, wat vermoedelijk toe te schrijven is aan de bloedrijke nieuwvorming in de onmiddellijke nabijheid, hetgeen tot bijzonder krachtige voeding ook van de aangrenzende normale weefsels aanleiding geven moest. De spierlaag van den tuba-wand is goed ontwikkeld, maar niet veel sterker dan in het middelste gedeelte der tuba het geval pleegt te wezen. Kleincellige infiltraten of andere kenteekenen van ontsteking ontbreken; het lumen is geenszins vernauwd en op dunne en zorgvuldig behandelde coupes is het epitheel nog van trilhaar voorzien.

Doorsneden van de placenta geven een beeld te aanschouwen, waaruit blijkt dat het foetale gedeelte reeds geruimen tijd geleden is afgestorven. Volgens Lawson Tait behoeft het afsterven van de placenta bij extra-uterine zwangerschap niet onmiddellijk op den dood van den foetus te volgen; veeleer kan het orgaan zich ook na dien tijd blijven ontwikkelen, en later tot doodelijke haemorrhagiën aanleiding geven. Vermoedelijk heeft men in een dergelijk geval niet met een voortgaande ontwikkeling van echt placentair-weefsel te doen, maar wellicht met een anomalie zooals wij ze in de placentair-polypen kennen, die zich na een onvolkomen abortus uit resten van de placenta ontwikkelen.

Onze placenta, die zich aan 't ongewapend oog op de doorsnede voordoet als een dichtmazige spons, wier lacunen niet met vloeibaar bloed, maar met eene gestolde, grauw-roode massa zijn gevuld, vertoont mikroskopisch in hoofdzaak de veranderingen die als wit infarct in de literatuur worden beschreven. De lacunen zijn namelijk deels gevuld met een vaste, gecoaguleerde fibrin-massa, deels met korrelig gedegenereerd gestold bloed; de foetale vlokken zijn in hyaline-degeneratie overgegaan; sommige zijn absoluut structuurloos geworden, en alleen nog aan hun contouren te herkennen; andere nemen nog kleurstof tot zich, maar diffuus, zoodat zij zich in 't praeparaat als onregelmatige haematoxylin-vlekken vertoonen; van de laatstgenoemde hebben velen een scherper gekleurd randje, gevormd door de kernresten van het gedegenereerd chorion-epitheel. Dergelijke gedegenereerde vlokken worden niet slechts in de bloedholten aangetroffen, maar dringen ook in het weefsel van den tuba-wand binnen, gelijk de «Haftzotten» der normale placenta zich in 't weefsel der decidua serotina vasthechten. (Zie plaat II fig. 1.)

Volgens Küstner [1]) zou bij tubair-zwangerschap de placenta een zeer elementairen bouw bezitten, en zich van het in utero ontwikkeld orgaan onderscheiden door een minder innig doorééngroeien van foetale en moederlijke weefsels, en door 't ontbreken van intervilleuse bloedruimten. Hij beroept zich daarbij op onderzoekingen van Klebs en Leopold, en meent in het door hem opgestelde schema van placentatie bij tubair-zwangerschap den grond-typus te mogen zien van placenta-vorming in 't algemeen.

[1]) Zie Müller's Handbuch der Geburtshülfe.

Het voorkomen van bloed-lacunen in ons geval bewijst, dat dit schema geen algemeene geldigheid bezit. Trouwens, de eerste stadia van de placentatie bij den mensch liggen nog zoozeer in 't duister, dat het een waagstuk heeten mag, reeds nu voor abnormale placenta-vorming een schema vast te stellen. Dat bij tubair-zwangerschap het weefselverband tusschen moeder en vrucht zoo heel primitief zou wezen, is moeilijk te rijmen met het feit, dat zich in de tuba een foetus tot volle rijpheid kan ontwikkelen [1]).

De jongste onderzoekingen omtrent de placentatie bij lagere zoogdieren hebben aan 't licht gebracht, dat de foetale weefsels bij dit proces een veel grootere rol spelen dan men tot dusverre heeft vermoed, zoodat de placenta in hoofdzaak als een product van de buitenste epiblast-laag moet worden opgevat. Ofschoon hetzelfde bij den mensch nog niet is geconstateerd, bestaat er alle reden om ook hier een gelijksoortigen ontwikkelingsgang te vermoeden. Mocht dit waarheid blijken, dan wordt het minder moeilijk te verstaan dat de placenta zich niet slechts in het tuba-slijmvlies, dat met de normale aanhechtingsplaats vele punten van overeenkomst aanbiedt, maar zelfs in de met een sereus vlies bekleede peritoneaal-holte volledig genoeg kan ontwikkelen om tot vervulling van hare functie bekwaam te zijn. Immers waar het ei grootendeels zelf de placenta formeert, daar heeft de aanhechtingsplaats slechts aan ééne hoofdvoorwaarde te voldoen, namelijk den toevoer te bezorgen van moederlijk bloed, dat met het foetale in wisseling treden kan.

Gaan wij over tot de beschouwing van den tuba-wand voor zooverre hij als aanhechtingsplaats der placenta fungeert, dan zien wij alle epitheelbekleeding ontbreken, zooals à priori te verwachten was, uit analogie met de veranderingen die het uterus-slijmvlies na de inplanting van het bevruchte eitje ondergaat. Voorts heeft de structuur van den wand aanzienlijke veranderingen ondergaan. In de nabijheid van het doorgesneden tuba-einde is de gladde spierlaag nog duidelijk aanwezig; op grooten afstand worden de spiervezels aanmerkelijk zeldzamer, en krijgen een atrophisch aanzien; eindelijk vindt men ze nog slechts hier en daar aangeduid, als spoelvormige cellen met langgerekte kernen, die grootendeels in korrelige degeneratie zijn overgegaan. De hoofdmassa van den wand bestaat hier uit golfvormig gerangschikt fibrillair bindweefsel, met enkele bloedvaten (zie plaat II fig. 2). Hier en daar worden hoopen van bruine korrels gevonden, die vermoedelijk als resten van kleine haemorrhagiën moeten worden geduid (pl. II fig. 1 *c*).

De dikte van den tubair-wand is in het aanhechtingsgebied van de placenta niet zelden aanzienlijk verminderd, bepaaldelijk daar, waar de «Haftzotten» der placenta foetalis tot nabij de buitenste peripherie van den wand doordringen.

Belangrijke beelden geven mikroskopische doorsneden van de plek, waar de tuba-zak bij *e* (zie het schema) naar buiten voert. Met het bloote oog waren in het lumen dier opening kleine oneffenheden te zien, die aan resten van epitheel-plooien deden denken. Het mikroskoop onthult

[1]) Veit o.a. noemt elf gevallen uit de literatuur die als voldragen tuba-graviditeit moeten worden aangemerkt. Zie „Eileiterschwangerschaft" p. 31.

deze oneffenheden als de fimbriae van het ostium abdominale tubae die wel is waar tot veel geringer afmetingen zijn teruggebracht, maar normalen bouw en eene goed geconserveerde epitheel-bekleeding bezitten.

De gerekte tuba-wand, die de boven-bedekking van den vruchtzak vormt, geeft verschillende beelden te aanschouwen, naarmate men stukjes onderzoekt die al of niet in de nabijheid van het doorgesneden tuba-einde gelegen zijn. Aanvankelijk zetten zich slijmvliesplooien en spierwand duidelijk in den vruchtzak voort; toch is het epitheel klaarblijkelijk bezig af te sterven; het laat hier en daar los van den wand; de cellen zijn onregelmatig van vorm en de kernen geschrompeld.

Stukjes uit het midden van den zak bestaan grootendeels uit bindweefsel, waartusschen nog atrophische bundels van glad spierweefsel te zien zijn. Van slijmvliesplooien is op deze hoogte niets meer waar te nemen; gedegenereerde epitheel-cellen komen nog sporadisch voor.

De gladde membraan, die de foetale vlakte der placenta bekleedt, bestaat uit afgestorven fibrillair bindweefsel, zonder karakteristieke eivliesbestanddeelen. Ongetwijfeld moet zij worden opgevat als de bindweefsellaag van het chorion, die ook in het normale menschelijke ei de placenta tegenover de eiholte afsluit. Door dunne, licht verscheurbare adhaesie's is deze membraan op enkele plaatsen aan den bovenwand van den vruchtzak vastgehecht.

In het geval van Litzmann-Werth [1]), dat met het onze vele punten van vergelijking aanbiedt, wordt eene volledige decidua beschreven. In onzen tumor was van eene decidua reflexa niets te ontdekken. Het meerendeel der in de literatuur beschreven gevallen van tubair-zwangerschap schijnt er voor te pleiten, dat in den regel de vorming eener decidua achterwege blijft. Winckel en Frommel hebben in een vroeg stadium een reflexa kunnen constateeren [2]).

Beschouwen wij den foetus zelf eenigszins meer van nabij, dan blijkt, dat het ongeveer den leeftijd van zes maanden moet hebben bereikt. Allereerst treffen ons de hoekige vormen, veroorzaakt door de schrompeling der weeke deelen. Het is taai en lederachtig op 't aanvoelen, maar vertoont geen spoor van verkalking. De houding geeft eene overdrijving van de normale flexie te aanschouwen, alsof het in de richting van den schedel tot de stuit sterk was samengedrukt. De beide onderste extremiteiten zijn tegen 't abdomen opgeslagen, waardoor de aanhechtingsplaats van de navelstreng verborgen is en het geslacht niet kan worden herkend. Beide armen zijn in den elleboog geflecteerd; een der handen rust tegen den schedel, de tweede is verborgen onder de gekruiste beenen (zie pl. I fig. 2). Eigenaardig is 't, dat deze houding, in het meerendeel der handboeken toegeschreven aan den vorm van de zwangere baarmoeder, in casu gevonden wordt bij een foetus dat zich nooit in het cavum uteri bevonden heeft.

De geheele foetus is door den amnion-zak omsloten, waaruit grootendeels het vocht is geresorbeerd. Alleen over de voorzijde van het hoofd welft hij zich nog als een met vocht gevulde blaas, waarin het aange-

[1]) Archiv für Gynaecologie, Bd. XVI.
[2]) Zie Küstner l. c.

zicht verborgen schijnt. Bij 't openknippen van den zak komt evenwel geen aangezicht voor den dag, maar alleen het voorste gedeelte van den schedel dat de groote fontanel begrenst. Klaarblijkelijk is de flexie van het hoofd op den romp zoo sterk, dat het aangezicht geheel tegen de borst gedrukt en onder de bovenste extremiteit verborgen ligt.

Waar het amnion direct den foetus omsluit, is het zoo innig met diens vormen versmolten, dat losscheuren onmogelijk blijkt. Om den aard dier vereeniging nader te leeren kennen, worden mikroskopische doorsneden door verschillende deelen van de oppervlakte van den foetus gemaakt. Allereerst wordt het vrije amnion onderzocht. Zoowel uit dwarse doorsneden als uit vlaktebeelden blijkt, dat de epitheel-bekleeding bijna geheel is te loor gegaan, en ook verdere karakteristieke vormbestanddeelen ontbreken. Het vlies bestaat uit een vrij celrijk fibrillair bindweefsel met goed gekleurde kernen. Ook vindt men er enkele bloedvaten in, eene anomalie, die ongetwijfeld te verklaren is uit de adhaesie's, waarmede de foetus aan het groote net was bevestigd.

Maakt men dwarse doorsneden door de met het amnion vergroeide huid van de rugvlakte, en de daaronder gelegen willekeurige spieren, dan vindt men zeer aanzienlijke weefselveranderingen. Normale structuur was natuurlijk bij een object, dat negen maanden dood in de buikholte had vertoefd, niet te verwachten. Het mag dan ook geen verwondering baren, dat op de vereenigingsplaats van foetus en amnion geen spoor van epitheel meer is te vinden. Zoowel de foetale epidermis als het cubisch epitheel van 't amnion zijn spoorloos te gronde gegaan, en het bindweefsel van de cutis en dat van 't amnion vloeien geleidelijk inéén. Toch is een vrij scherpe grens gegeven in het tinctie-vermogen der kernen; in het amnion kleuren zij zich duidelijk en scherp, in 't foetale lichaam nemen zij slechts onvolkomen de haematoxylin-kleur tot zich. Dit geldt voor het cutane en subcutane bindweefsel; de spierkernen blijven geheel ongekleurd; daarentegen is de dwarse streping zoo scherp bewaard, als bij een volkomen versch object. Karakteristieke huidbestanddeelen als smeer- of zweetklieren en haren ontbreken geheel. Ook vetcellen worden niet aangetroffen.

Onderzoekt men doorsneden, die op de grens van het vergroeide amnion en de vrije vochtblaas zijn gelegen, dan kan men aan deze praeparaten, die van de behaarde hoofdhuid stammen, drieërlei onderscheiden, nl.: hoofdhuid vergroeid met amnion; hoofdhuid zonder amnion, en vrij amnion.

Hier kan men bijzonder goed de grens tusschen foetus en amnion terugvinden, en nogmaals het feit constateeren, dat de amnion-kernen zich zeer goed kleuren, terwijl de foetale weefsels zich, door gebrek aan kleurstof, vrij scherp daar tegen afteekenen. De hoofdhuid bevat talrijke, goed geconserveerde haren, die geen wortelscheede of haarzakje bezitten, maar in lacunen zijn gelegen. Op de plaats van de vergroeiing hebben deze haren zich in 't amnion-weefsel ingeboord. (Zie pl. II fig. 2.) Werth zag hetzelfde voor de wolharen van den — in zijn geval voldragen — foetus, en constateerde zelfs dat deze geheel hun oorsprongsplaats hadden verlaten, en op eenigen afstand van den foetus in de onvergroeide eivliezen waren verdwaald geraakt. Als oorzaak van deze locomotie be-

schouwt hij de reuzencellen, die in de onmiddellijke nabijheid der haren werden aangetroffen.

Het bestaan dezer reuzencellen hebben ook wij in onze praeparaten kunnen constateeren. Niet zelden vindt men er twee of drie in de lacunen, die de haren herbergen. (Zie pl. II fig. 2.) Soms omsluiten zij het haar als een protoplasma-mantel, waarin de dwarse doorsnede concentrisch of excentrisch ligt (pl. II fig. 3), soms strekken zij zich in langgerekten vorm in de lengterichting van de haarschacht uit. Zelden ontbreken ze, waar in het amnion-weefsel een haar over eenige uitgestrektheid is te vervolgen.

Of deze reuzencellen voor het voortbewegen der haren eenige beteekenis hebben, blijkt uit onze praeparaten niet. Zelfs kunnen wij niet beweren, dat een loslaten van de papil en voortschuiven in de richting der eivliezen in onze coupes met zekerheid is aan te toonen. Immers, buiten de zone van vergroeiing troffen wij in het amnion geen haren aan, en waar wij ze binnen het vergroeiingsgebied aantroffen, is het zeer wel mogelijk, dat de bulbus nog de verbinding met zijn oorsprongsplaats had bewaard.

Trachten wij ten slotte ons rekenschap te geven van den aard der buiten-baarmoederlijke zwangerschap, die het voorwerp dezer beschrijving heeft uitgemaakt, dan valt het wel niet te betwijfelen, dat wij hier te maken hebben met eene secundaire intra-peritoneaal-zwangerschap, die zich uit eene primaire tubair-zwangerschap heeft ontwikkeld.

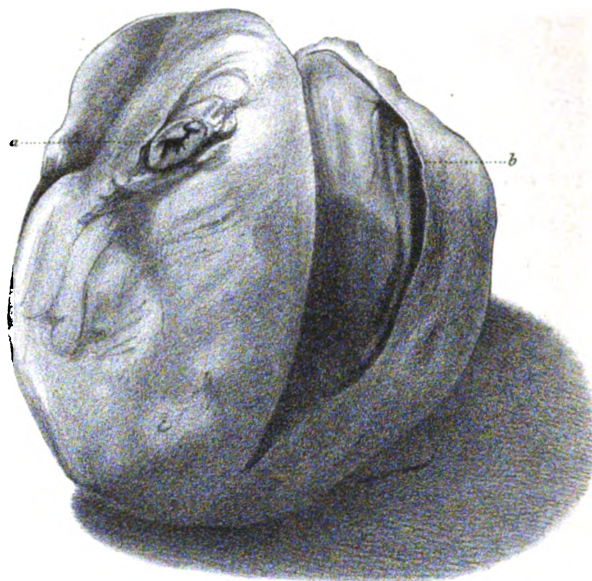
Omtrent de oorzaak, die het eitje op zijn tocht naar den uterus terughield, en in den eileider tot ontwikkeling deed komen, kunnen wij slechts gissingen wagen. In den regel worden ontwikkelings-anomaliën of oude ontstekingsprocessen als oorzaak aangeklaagd. Geen van beide was in ons geval te constateeren. Bepaaldelijk ontbreekt in de anamnese iedere aanduiding van een vroeger doorgestane peritonitis of salpingitis. Het eenige wat in de ziekte-geschiedenis voor het ontstaan der extrauterine graviditeit van beteekenis mag heeten, is het optreden eener relatieve steriliteit van vier jaar ongeveer, nadat de eerste zes kinderen in vrij snelle opvolging ter wereld zijn gekomen, en een half jaar na de laatste bevalling een miskraam was gevolgd. Lawson Tait en reeds vóór hem Parry [1]) hebben op zulk eene relatieve steriliteit in de anamnese met nadruk gewezen, en er groote diagnostische waarde aan toegekend.

Ook anatomisch werd vergeefs naar eene oorzaak gezocht. Het stukje tuba, dat bij de operatie met de placenta verwijderd was, liet zonder weerstand de sonde tot in de eiholte doordringen, en vertoonde knikking noch verwijding, terwijl ook de polypeuse woekeringen ontbraken, die Leopold voor vele gevallen van tuba-graviditeit verantwoordelijk wil maken. Mikroskopisch bleek de musculatuur normaal, het epitheel intact en nog van trilharen voorzien, terwijl van infiltraten of andere kenmer-

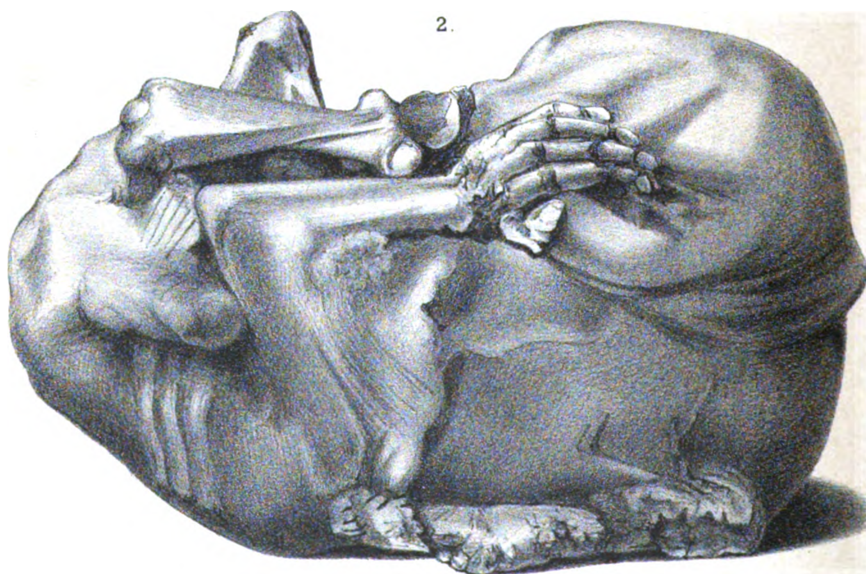
---

[1]) Zie Matlakowski, Zwei Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Archiv für Gynaekologie, Bd. 38.

1.



2.



del   Steendr. v. P. W. M. Trap.   A. J. W. lith



Steendr. v. P. W. M. Trap. A. J. W. lith.

ken van onsteking geen spoor werd aangetroffen. Vermoedelijk hebben wij dus met een dier volgens Veit[1]) niet zoo zeldzame gevallen te maken, waarbij een kleine toevalligheid — misschien een lichte zwelling van het slijmvlies of eene vertraging van de trilhaarbeweging — de oorzaak werd van eene anomalie, die in de gynaecologische en obstetrische practijk tot de meest gevreesde behoort.

Merkwaardig is, dat onze patiente betrekkelijk zoo geringe stoornissen ondervonden heeft van den gevaarlijken last, dien zij vijftien maanden droeg. In 't bijzonder moet het de aandacht trekken, dat in de ziektegeschiedenis geen enkele aanduiding wordt gevonden van ruptuur — de gevreesde catastrophe die, tenzij ze snel in doodelijke verbloeding eindigt, een treurig ziekbed na zich pleegt te slepen.

Het ontbreken van hierop wijzende verschijnselen noopt ons tot de overweging of wellicht de foetus, ten gevolge van contractie's der tuba-musculatuur, door het ost. abd. tubae in de buikholte kan zijn uitgedreven, terwijl de placenta in situ bleef, en de navelstreng, half binnen, half buiten de tuba, aanvankelijk haar verbindende taak bleef vervullen. Ondenkbaar is dit niet, en Werth[2]) schijnt in zeer vroege stadia van tuba-graviditeit een dergelijk proces te hebben geconstateerd. Daar in ons geval het ostium abdominale niet (zooals bij Werth-Litzmann wèl het geval was) door eene decidua reflexa van de peritoneaal-holte was afgesloten, heeft aan de uittreding van den foetus in dit opzicht geenerlei belemmering in den weg gestaan, en moeten wij met de mogelijkheid rekening houden. Een dergelijke expulsie is evenwel alleen in een zeer vroeg stadium van de graviditeit denkbaar, en zou volgens Werth steeds met een meer of minder belangrijke bloeding gepaard gaan.

De tweede en meer voor de hand liggende mogelijkheid is, dat ruptuur van den vruchtzak heeft plaats gehad, doch zonder verscheuring van belangrijke vaten. Wel is waar zijn de meeste gynaecologen van meening, dat ruptuur eener tuba-zwangerschap niet zonder heftige symptomen verloopt; doch wie zal zeggen, hoe menig geval misschien onopgemerkt voorbijgaat, juist omdat de symptomen weinig karakteristiek en betrekkelijk onbeduidend zijn. Menige haematocele retro-uterina, waarvoor geen andere oorzaak dan buiten-baarmoederlijke zwangerschap kan worden vermoed, komt onder observatie van den medicus, zonder dat zoo heftige verschijnselen van inwendige bloeding zijn voorafgegaan, als door de meesten voor de diagnose van ruptuur worden geëischt.

Lawson Tait[3]) verklaart op de hem eigene doctrinaire wijze dat primaire ruptuur in de buikholte, voor zooverre zij aan de natuur wordt overgelaten, steeds een doodelijken afloop hebben moet, meestal door verbloeding, minder vaak door ettering en peritonitis[4]. Alle lithopaedia

---

[1]) Veit, l. c.

[2]) Zie Küstner l. c.

[3]) Diseases of Women and Abdominal surgery, p. 443.

[4]) Strahan, die zich in zijn bekroonden arbeid „Extra-uterine Pregnancy" als een vurig bewonderaar en geloovig discipel van Tait kennen doet, onderschrijft deze uitspraak.

en alle genezen gevallen van haematocele retro-uterina wil hij afleiden van *secundaire* ruptuur in de buikholte, nadat door *primaire* ruptuur de foetus tusschen de bladen van het ligamentum latum is geraakt.

Aan een dergelijk verloop kan in ons geval niet worden gedacht, omdat de placenta geheel binnen de tuba besloten is gebleven, en de bladen van het ligamentum latum niet heeft ontplooid.

Küstner onderscheidt bij zwangerschap in 't middengedeelte van de tuba tweeërlei vorm, nl. den intraligamentairen, waarbij de vruchtzak hoofdzakelijk tusschen de bladen van 't ligamentum latum binnengroeit, en den gesteelden, waarbij de ontwikkeling hoofdzakelijk in de richting van de peritoneaal-holte plaats heeft. Ons geval moet tot de laatste categorie worden gerekend.

Volgens Küstner zou bij den intraligamentairen vorm de tuba-wand niet behoeven te bersten maar in den regel bijzonder resistent zijn, zoodat juist deze gevallen het grootste contingent leveren van voldragen extrauterine graviditeit. Küstner is hier dus in zooverre met de daareven vermelde opvatting van Lawson Tait in strijd, dat de laatste bij intraligamentaire zwangerschap ruptuur van de tuba vooropstelt; in de hoofdzaak, nl. dat intraligamentaire zwangerschap de meeste voldragen vruchten levert, stemmen beide overeen.

Wat ons geval betreft, wanneer er werkelijk ruptuur van de tuba heeft plaats gehad, dan moet dit wel is waar zijn geschied nà de sluiting van 't amnion — wat volgens His in 't begin van de derde week valt —, maar toch in een vroeg stadium van de graviditeit. Behalve de geringe ruimte in den vruchtzak, die geen plaats voor een eenigszins ontwikkeld foetus overlaat, en den bolronden vorm der placenta, die zich blijkbaar zonder tegendrukking van de zijde van den foetus heeft kunnen ontwikkelen — twee omstandigheden die door samenvallen van den vruchtzak en voortgaanden groei der placenta na de ruptuur ten deele kunnen worden verklaard —, pleit hiervoor ten sterkste het volkomen gesloten zijn van den vruchtzak. Slechts een kleine scheur in den nog niet door rekking atrophisch geworden bovensten vruchtzakwand kan op deze wijze zonder sporen achter te laten zijn genezen. Alleen door een kleine ruptuur laat zich ook het ontbreken van klinische symptomen verklaren.

Welk van de beide besproken processen — ruptuur of expulsie door 't ostium abdominale — de foetus uit de tuba moge hebben gedreven, in ieder geval is het in de buikholte gekomen in een vroeg stadium van de graviditeit, omsloten door den amnion-zak, en levend.

Volgens Tait [1]) zou een jong foetus, dat in de buikholte komt, door de digestieve kracht van het peritoneum worden opgelost. Leopold [2]) komt bij zijne experimenteele onderzoekingen omtrent het lot van in de buikholte gebrachte foetus tot dezelfde conclusie; slechts waar de foetus omsloten is door de eivliezen lijdt deze regel eene uitzondering, daar deze vliezen tegen de oplossende kracht der indringende leukocyten een barrière zouden opwerpen.

Het amnion zou dus in ons geval aan den foetus ten schild hebben ge-

---

[1]) l. c. bl. 494.

[2]) Archiv für Gynaekologie, Bd. 18.

strekt, en het aanvankelijk in staat hebben gesteld in de buikholte zich verder te ontwikkelen. Waarom deze ontwikkeling omstreeks de zesde maand door den dood werd gestuit, blijft een open quaestie. Wellicht kon de placenta aan de steeds klimmende behoeften van den foetus niet langer voldoen, wellicht had torsie van de navelstreng plaats, waardoor de circulatie werd belemmerd; misschien ook had de onmiddellijke aanraking met de darmen op den duur een ongunstigen invloed op de foetale levens-energie — in ieder geval, de foetus sterft, zonder dat de door velen voor de diagnose van vruchtdood gepostuleerde uitstooting eener decidua het klinische ziektebeeld verduidelijkt [1]).

Op den dood van den foetus volgde vermoedelijk resorptie van 't vruchtwater en vergroeiing met het amnion. Wel is waar kan deze vergroeiing ook intra vitam hebben plaats gehad, doch eerst in een stadium toen de vrucht geheel was gevormd, anders zouden de amnion-strengen belemmerend op de foetale ontwikkeling hebben ingewerkt, en vermoedelijk tot het ontstaan van een monstruositeit aanleiding hebben gegeven.

Opmerking verdient nog de totale resorptie van de navelstreng. Bij den foetus is, zooals reeds vroeger werd vermeld, de aanhechtingsplaats geheel onder de opgeslagen onderste extremiteiten verborgen, en aan de placenta wordt evenmin een restant van de navelstreng of eene aanwijzing omtrent de insertie gevonden.

De taaie, lederachtige toestand, waarin de weeke deelen van den foetus werden aangetroffen, kan het best als mummificatie worden geduid. Ware het in de buikholte gelaten, dan zou zich vermoedelijk, na verloop van tijd, een lithopaedion hebben ontwikkeld, ofschoon tot dusverre geen spoor van verkalking was te ontdekken.

Küchenmeister [2]) heeft in een uitvoerig en zorgvuldig onderzoek de zwangerschapsproducten, die tot dusverre ten onrechte onder den naam van lithopaedion werden saamgevat, gesplitst in drie categoriën; ten eerste den lithokelyphos, waarbij alleen de vruchtomhulsels zijn verkalkt; ten tweede het lithokelyphopaedion, waarbij zoowel de eivliezen als de oppervlakkige lagen van 't foetale lichaam zijn versteend, en eindelijk het echte lithopaedion, dat alleen uit vrij in de buikholte gelegen foetus kan ontstaan.

Als gevolg van de innige vergroeiing met het amnion zou in ons geval vermoedelijk een lithokelyphopaedion zijn gevormd.

---

[1]) Küstner waarschuwt tegen het overschatten der diagnostische waarde eener uterine decidua bij ectopische zwangerschaft. l. c. p. 542.

[2]) Archiv für Gynaekologie, Bd. 17. S. 153.

VERKLARING DER AFBEELDINGEN.

Plaat I.

Fig. 1. In de tuba ontwikkelde placenta, half doorgesneden.
- *a.* Doorgesneden tuba.
- *b.* Spleetvormig gapende vruchtzak.

Fig. 2. Foetus.

Plaat II.

Fig. 1. Veranderde tuba-wand met nekrotische placenta.

a. Tuba-wand, grootendeels uit bindweefsel bestaande.

b. Placenta met nekrotische villi.

c. Korrelig bloed-pigment in den tuba-wand.

d. Resten van glad spierweefsel.

Fig. 2. Behaarde hoofdhuid en amnion, op de grens van het vergroeiingsgebied.

a. Amnion, aanzienlijk verdikt en uit fibrillair bindweefsel bestaande.

b. Nekrotische hoofdhuid.

c. Haren.

Fig. 3. Twee dwarse doorsneden van haren, in lacunen gelegen, die grootendeels door reuzencellen zijn gevuld.

a. Dwarse doorsnede der haren.

b. Reuzencellen.

d. Bindweefsel.

EEN ZONDERLING CORPUS ALIENUM IN DE VAGINA,

DOOR

Dr. G. C. VAN WALSEM.

Maandag 6 October onderzocht ik een vrouw, patiente uit mijne afdeeling, die sedert eenigen tijd aan foetide uitvloeiingen uit de vagina lijdende was. De labia majora waren blijkbaar in chronische irritatie, het geheele vestibulum vaginae was bedekt door een stinkende purulente massa, die uit de vagina sijpelde. Het orificium vaginae was verdikt. De exploreerende vinger stootte na een paar centimeter op een hard voorwerp, dat blijkbaar convex naar den exploreerenden vinger toe was. De oppervlakte was in het midden glad, naar de kanten meer ruw. In alle richtingen stuitte de vinger tegen den aan de periferie van het voorwerp geadhaereerden vaginaalwand. Alleen om den achterkant en na exploratie per rectum kon geconstateerd worden, dat het voorwerp waarschijnlijk hol was en bij speculum-onderzoek vertoonde het na afkrabbing met een mesje een metallieke oppervlakte, zoodat het onder vele onbegrijpelijke verwardheden [1]) gedane verhaal der patiente, dat het voorwerp in kwestie een lepel zoude zijn, zeer waarschijnlijk werd. Van den steel was evenwel niets te voelen, alleen was naar links een verdikking voelbaar. In chloroform-narcose werd door stomp geweld getracht den rand vrij te maken, wat vóór en achter spoedig gelukte. Zeer bezwaarlijk ging dit echter aan de beide zijkanten, wat, daar de lengte-as van het voorwerp blijkbaar van rechts naar links verliep, voor een kanteling om een sagittale as noodzakelijk was. Eindelijk gelukte het den linkerkant los te maken. Het orificium vaginae vormde een scherpen ring, vooral vóór sterk ontwikkeld. Dit maakte de verwijdering onmogelijk. Deze peesachtige ring werd naar vóórrechts en naar vóórlinks geincideerd, waardoor het mogelijk was het linker eind buiten de vagina te brengen. Hierbij bleek de steel aan de andere zijde te zitten en het was nu mogelijk door verdere exploratie te constateeren, dat deze steel aan den rechterkant een scherpen hoek naar links maakte, om, aan den linker vaginaalwand gekomen, met een stomper hoek naar rechts boven weer op te buigen. Het blad van den lepel kon nu, zonder gevaar voor beleediging, van den steel gescheiden worden. Intusschen bleek deze ook nog moeilijkheid bij de verwijdering op te leveren, doordat de bocht, die zich aan den linkerkant bevond, door een, de holte van deze bocht vullende, dikke, kraakbeenharde bindweefsel-bride tegen den linker vaginaalwand gefixeerd werd. Nadat evenwel deze met het mes op den lepelsteel als onderlaag doorgesneden was, leverde de verwijdering geen moeilijkheid op.

---

[1]) Patiente, geboren 2 April 1822, is voor de tweede maal krankzinnig. In 1855 is zij hersteld ontslagen. In 1881 is zij weder opgenomen en lijdt nu aan secundaire psychische zwakte. Voor de eerste psychose lues. Zij is moeder van verscheidene kinderen.

De lepel is er een zooals door de bedienden gebruikt wordt, van gewoon tin vervaardigd en vrij gemakkelijk buigbaar. De lengte is 19 c.M., die van het blad is 9 c.M. en de grootste breedte hiervan is $5^1/_2$ c.M. Hij is zeer wankleurig en op verschillende plaatsen met accrustaties voorzien. De letters G. M. zijn nog leesbaar en verraden met zekerheid de origine. Als motief voor het inbrengen voert patiente aan dat zij aan prolaps leed. Hiervan is nu weinig te constateeren.

De nabehandeling geschiedde naar de gewone regelen en leverde niets bijzonders op.

Meerenberg.

EEN GEVAL VAN NATUURLIJKE GEBOORTE BIJ SCHOUDERLIGGING,

DOOR

Dr. C. METZLAR

te Lisse.

De gevallen waarin bij schouderligging het kind spontaan geboren wordt, zonder dat eerst natuur of kunst de abnormale ligging in eene normale heeft veranderd, zijn zeldzaam genoeg om de mededeeling daarvan te rechtvaardigen. Zooals te verwachten was is vooral de geboorte van een *voldragen* kind onder die omstandigheden zeldzaam. Winckel geeft in zijn handboek op, dat onder 332 dwarsliggingen 28 gevallen van evolutio spontanea voorkwamen en daaronder één geval van z. g. partus conduplicato corpore; hij vermeldt echter niet hoeveel van die 28 kinderen voldragen waren. In allen gevalle werden van die 28 kinderen 4, of 14°/₀ levend geboren en waarschijnlijk was het aantal voldragen kinderen nog belangrijk grooter dan dat der levend geborenen. In 99 door O. Simon verzamelde gevallen kwamen 14, dus meer dan 13°/₀ levend ter wereld en 10 daarvan *bleven* in leven. Küstner spreekt in P. Müller's handboek wél over de frequentie der *versio spontanea* maar niet over die der *evolutio spontanea*. Kleinwächter (Arch. f. gyn. II Bd.) zag onder 32 dwasliggingen 5 malen evolutio spontan.; K. zelf verklaart dit uit het feit dat in de kliniek te Praag zoolang mogelijk met operatief ingrijpen werd gewacht. In één van die vijf gevallen was de graviditeit pas tot de zesde maand, in een tweede op ongeveer 3 weken na tot het einde gevorderd, terwijl van de drie andere verder niet wordt gesproken; dit is jammer, want natuurlijk is eene evolutio spontanea vooral dan opmerkenswaardig, wanneer de vrucht er van is een geheel — of bijna geheel — voldragen kind. Hoe groot het aantal door vele anderen waargenomen gevallen van evolutio spontanea is, kan men, bij de bestaande verwarring in de nomenclatuur moeielijk nagaan. Als voorbeeld van die verwarring diene dat Kleinwächter (l. c.) aangeeft dat Riecke onder 220,000 geboorten 10 zelf*keeringen* waarnam en Busch onder 6,180 geboorten 2. Birnbaum (Monatschr. f. Geb. I Bd. pag. 344) geeft dezelfde getallen van Riecke en Busch op maar noteert zelf*ontwikkeling* in plaats van zelfkeering!

Dr. Kruseman (over nat. geb. bij schouderligging, proefschr. 1884) vond in de «Deutsche Klinik» van 1864, gevallen van evolutio spont. bij voldragen kind vermeld door Betschler, Flaman, Niess, Susewind e. a. — In genoemde dissertatie worden vijf gevallen beschreven welke in de kraaminrichting te Amsterdam werden waargenomen; in één van die gevallen was de vrucht 8 maanden oud en de dood, die

na 35 uren intrad, werd aan onrijpheid der vrucht toegeschreven; in een tweede geval was het kind klein en gemacereerd, slechts 36 c.M. lang en 1.9 K.G. zwaar; in het derde, waar de uitdrijving door het appliceeren van en tracties aan den scherpen haak werd bevorderd, en dat daarom misschien niet als een geval van evolutio spont. mag worden beschouwd, was het kind 49 c.M. lang en 2500 gram zwaar; de afmetingen van den schedel waren normaal evenals in het vierde geval, waar het kind bovendien 3.1 K.G. zwaar en 50 c.M. lang was; in dit laatste geval waren de ruimteverhoudingen in het bekken der moeder bijzonder gunstig. In het vijfde geval was de vrucht wederom onvoldragen.

Voor zoover ik heb kunnen nagaan zijn in Nederland in de laatste jaren geen andere gevallen van evolutio spont. gepubliceerd. Dat, hetwelk ik in de volgende regelen zal beschrijven heb ik helaas niet tot het einde zelf kunnen observeeren; hetgeen ik er echter van gezien heb laat naar mijne meening geen twijfel aan de juistheid der diagnose toe. De geschiedenis luidt als volgt:

Vrouw H. geboren D. te H., oud 30 jaren, was voor de zesde maal zwanger. De eerste partus was forcipaal getermineerd, de anderen 4 waren gemakkelijk en snel verloopen (zelfs zóó snel dat het kind altijd reeds geboren was vóór de komst van den accoucheur), zoodat voor deze bevalling niet, zooals vroeger, een medicus, maar een vroedvrouw was aangenomen.

Omtrent de laatste menstruatie wist de parturiens geene inlichtingen te geven.

Den 1sten November 1890, des namiddags om half zes begon de baring met het afloopen van het vruchtwater, dat volgens opgave der parturiens in groote hoeveelheid aanwezig was; om 7 uren werd de vroedvrouw geroepen. Deze constateerde zeer geringe ontsluiting en bijna geen dolores; toen deze evenwel spoedig daarna kwamen en de ontsluiting toenam, diagnosticeerde zij volgens haar zeggen eene schouderligging. Het scheen evenwel dat zij van haar diagnose niet zeker was, want pas nadat reeds lang de familieleden der barende bemerkt hadden dat niet alles in den haak was en een consult hadden voorgesteld, gaf de vroedvrouw omstreeks 11 uren 's av. daartoe hare inwilliging. Toen was er inmiddels een arm uitgezakt.

In het zoeken naar medische hulp was men niet zeer gelukkig, en zoo kwam het dat ik des nachts om half drie gehaald werd; ruim een half uur later vond ik den volgenden toestand. Goed gebouwde en gevoedde vrouw met hoogroode gelaatskleur. De omvang van het abdomen is niet zeer groot; de dolores zijn frequent en parturiens perst onophoudelijk mee, ook dan wanneer haar gevraagd wordt dit *niet* te doen. De palpatie is daardoor moeielijk en alleen gelukt het mij een hard rond deel te voelen dat laag in de rechter fossa iliaca ligt. De auscultatie is onmogelijk; parturiens geeft aan dat zij in den nacht van 31 October op 1 November nog leven gevoeld heeft. De linkerhand en een deel van den arm hangen buiten de vulva; deze is behoorlijk wijd. Ontsluiting volkomen; het voorliggend kindsdeel is reeds vrij diep ingedaald. Langs den arm kwam ik aan de naar rechts gesloten okselholte. De diagnose luidde dus: linkerschouderligging, rug naar voren, linkerarm uitgezakt. — Het was

mij aanstonds duidelijk, dat van keering in allen gevalle buiten narcose geen sprake kon zijn. Aangezien ik door eene vergissing in de meening geweest was dat ik, bij afwezigheid van patiente's medicus, voor eene gewone verlossing werd gerequireerd, had ik noch chloroform, noch scherpen of sleutelhaak medegenomen en ik vermoedde, dat ik die zou behoeven. Ik liet mij dus terugbrengen om een en ander te halen, en toen ik, op alles gewapend, in de kraamkamer terugkeerde, was inmiddels het kind spontaan geboren! Volgens de vroedvrouw was eerst de schouder te voorschijn gekomen en daarna het hoofd, zoodat de voeten het laatst kwamen. Het kind was dood, voldragen en van het vrouwelijk geslacht. De groote omtrek van den schedel bedroeg 34 c.M., de kleine 30,5 c.M., de lengte van het geheele kind 53 c.M. — De rechter lichaamshelft en de rug hadden een normaal aspect; de linkerarm was paarsch gekleurd evenals de linker thorax-helft. Het kind was dus durante partu gestorven. — Bovendien was hier op een plaats ter grootte ongeveer van een kippenei, de epidermis verdwenen. Eene dergelijke beleediging van de huid is o. a. óók geobserveerd door Kleinwächter (l. c.). De schedelhuid zat zeer ruim om het hoofd van het kind, maar ik vergat te onderzoeken of er verschuiving der schedelbeenderen had plaats gehad. Haren, nagels en genitalia waren normaal ontwikkeld.

Zooals ik reeds zeide heb ik het mechanisme van de uitdrijving in dit geval niet kunnen volgen; evenwel kan er, dunkt mij, niet wel aan getwijfeld worden, dat wij hier te doen hadden met een geval van evolutio spontanea. Immers, toen ik mij verwijderde, bestond er zonder twijfel een verwaarloosde dwarsligging, en dat er tijdens mijne afwezigheid eene versio spont. zou hebben plaats gehad, is ten eenenmale onaannemelijk. Het vruchtwater toch was bij het begin van den partus afgeloopen, en de weeën, die bij mijn vertrek zeer krachtig waren, zijn volgens de verklaring van vroedvrouw en kraamvrouw zelve, na dien tijd zeker niet in kracht en frequentie verminderd, zoo niet toegenomen.

De voorwaarden die o. a. door Haussmann volgens zijne onderzoekingen als gunstig, zoo niet als onmisbaar worden beschouwd voor het tot stand komen eener versio spontanea, waren dus in mijn geval allerminst aanwezig. Die voorwaarden zijn n. l.: zwakke of ook wel z. g. krampweeën die, na langen duur der baring en gewoonlijk juist wanneer men de hand tot inwendige keering had ingebracht, plotseling van karakter veranderden en zeer krachtig werden.

Wat het mechanisme aangaat volgens hetwelk de uitdrijving van het kind in dit geval heeft plaats gehad, meen ik uit den toestand van de vrucht eenige gevolgtrekkingen te dien opzichte te mogen maken. Ik stel mij het verloop voor als volgt. Het kind lag bij het begin der baring dwars, de schedel in de rechter fossa iliaca, de rug naar voren gekeerd. Bij toenemende ontsluiting, en nadat het vruchtwater was afgeloopen is de linker schouder in het kleine bekken gedreven; tevens zakte de linkerarm uit. Toen de weeën in kracht toenamen, werd de linker schouder dieper in het kleine bekken gedreven, en met hem het bovenste gedeelte van de linker thorax-helft; het hoofd van het kind kwam beneden in de rechter fossa iliaca te liggen. Tevens werd het kind een weinig geroteerd in dier voege dat de rug, in plaats van geheel naar

voren, een weinig naar vóór boven gericht werd. Toen dit geschied was kon de linker thorax-helft zich tegen de boven achterzijde van de symphysis oss. pub. aanleggen. Onder voortdurend krachtige dolores, die door de buikpers werden ondersteund, daalde de linker schouder dieper in; de hals van het kind werd zóó gebogen, dat het aangezicht tegen de borst werd gedrukt. In deze houding daalde het kind nog dieper in het kleine bekken, en daarbij ontstond de ontvelling van dat gedeelte van de linker thorax-helft, dat tegen de symphysis lag. Dat deze ontvelling niet grooter werd kwam, doordat nu de schouder zich onder de symphysis vastzette [1]) en de romp voor het oogenblik niet dieper indaalde; eerst toch daalde nu de schedel dieper in, en werd ongeveer tegelijk met den linker schouder en den romp geboren. Verder werd het kind op de gewone wijze uitgedreven, zoodat dus eerst de romp volgde en de rechter heup onder de symphysis zich vastzette, terwijl de linker over het perineum zichtbaar werd enz.

Dit geval behoort dus waarschijnlijk meer speciaal tot de groep van den partus conduplicato corpore, den meest zeldzamen vorm van evolutio spontanea.

Bekkenmaten: Sp. Il. 26 c.M., Cr. I. 29 c.M.

Diam. Baudelocquii 19,5 c.M. Promontorium niet te bereiken.

De therapie der verwaarloosde schouderligging wordt in de meeste handboeken voor verloskunde vrij kort afgehandeld. Zoo wijdt Schroeder aan zelfkeering en zelfontwikkeling, incluis de therapie der verwaarloosde dwarsliggingen, nog geen twee pagina's. Hij geeft den raad om, zoo de toestand der baarmoeder dit toelaat, af te wachten of het kind ook spontaan wordt geboren, en dit door trekken aan den uitgezakten arm te bevorderen. Is afwachten niet geoorloofd, dan moet volgens hem de embryotomie gemaakt worden. Van eenige andere therapie, die bij levend kind zou geïndiceerd zijn, spreekt hij niet.

Winckel spreekt over de therapie der verwaarloosde dwarsligging drie regels en zegt: «Ist die Wendung nicht mehr möglich, so ist je nach Umständen die Decapitation oder Embryotomie indicirt; nur in einzelnen Fällen werden wir ohne Verkleinerung des Kindes, die Extraction am vorgefallenen Theil bewirken können».

O. Küstner wil, in geval het kind dood is ook de decapitatie of de embryotomie uitvoeren en verwerpt tevens de methode van Veit, Chiari, Negri, e.a. die, vóór zij tot de embryotomie overgaan, eerst trachten om door het inslaan van den scherpen haak en het trekken daaraan,

---

[1]) Volgens Kruseman zet bij deze wijze van ontwikkeling noch de schouder noch de arm zich vast onder de symphysis, en ik geloof óók dat zijne meening juist is voor het geval dat het kind klein en het bekken diep is. Wanneer daarentegen bij een vrij groot kind het bekken niet zeer diep en de hals van de vrucht niet zeer kort is, wordt op een gegeven oogenblik, terwijl de voorliggende schouder reeds tegen de symphysis staat, het achterhoofd van 't kind nog een oogenblik boven de linea innominata tegengehouden; is deze tegenstand eerst overwonnen, dan dalen thorax en schedel verder gelijkelijk in. Op het phantoom heb ik mij overtuigd dat de uitdrijving volgens dit mechanisme dáár althans zeer goed mogelijk is.

het proces der evolutio spont. na te bootsen. Leeft het kind nog, dan raadt K. aan het doen van de sectio cesarea.

Deze min of meer stiefmoederlijke behandeling in de leerboeken kan niet goedgemaakt worden door specieele geschriften die niet in handen komen van den gewonen practischen arts, en verdient vooral dáárom afkeuring, omdat zij zulke bijzonder practische gevolgen heeft. Immers, de op de gewone manier tot de praktijk voorbereide verloskundige zal, afgaande op de in gebruik zijnde handboeken, na bij eene verwaarloosde dwarsligging misschien eenigen tijd op de evolutio spontanea te hebben gewacht, zich verplicht gevoelen tot het doen van embryotomie of decapitatie. Hij heeft slechts een flauw begrip gekregen van hetgeen evolutio spont. werkelijk is en kent min of meer het mechanisme (?). — Een en ander wordt niet verbeterd door de gebrekkige en verwarde nomenclatuur: versio spontanea, evolutio spont., partus conduplicato corpore zijn zoovele namen, waarvan de beteekenis hem maar al te onduidelijk is!

Reeds hierboven gaf ik een voorbeeld van die verwarring, welke tot op den huidigen dag niet is verdwenen.

Zooals bekend is, worden in het algemeen als twee verschillende processen beschouwd de zelf*keering* en de zelf*ontwikkeling*. Deze benamingen maken in zeker opzicht het begrip duidelijk, daar men bij de eerste alleen aan eene verandering in de ligging van het nog niet geboren kind, bij de tweede echter bepaald aan eene *geboorte* zal denken. Maar nu kan men al dadelijk de verschillende auteurs in twee partijen verdeelen, waarvan de ééne alleen zelfkeering in het groote bekken aanneemt en, naar de liggingsverbetering lager plaats vindt, van zelfontwikkeling spreekt, zooals Küstner doet, terwijl anderen (Winckel, Schröder, Tarnier, Haussmann e. a.) zelfkeering aannemen óók in het kleine bekken. Voor Küstner blijven dus eigentlijk alleen *die* gevallen als zelfkeering bestaan, die practisch van weinig of geen belang zijn, n.l. die waar vóór het breken der vliezen schedel of stuit naast den bekkeningang staat en het kind korten tijd na het afloopen van het vruchtwater een lengteligging inneemt. Hij twijfelt er dan ook aan of na het afvloeien van het water nog wel zelfkeering plaats heeft. — Voor hem is dus aan het begrip «zelfontwikkeling» niet onafscheidelijk verbonden het begrip «geboorte», integendeel begint deze pas nadat afgeloopen is het proces 'twelk door K. als zelfontwikkeling wordt beschreven. Immers hij zegt woordelijk, wanneer hij het mechanisme der *zelfontwikkeling* beschrijft (pag. 761): «Durch die energischte Wehenthätigkeit wird der Kindsrumpf in die grösstmögliche Kyphose welche die Flexibilität der Wirbelsäule zulässt, zusammengebogen, und dabei diejenige Partie des Thorax, welche von vornherein neben dem vorgefallenen Arm noch den Bekkeneingang ausfüllte, stärker in das Becken eingepresst. *Je mehr diese Thoraxpartie Raum im Becken beansprucht, um so mehr weicht die vorliegende Schulter aus dem Becken heraus in die vom Kopf eingenommenen Hälfte des groszen Beckens hinauf*» etc.

Een en ander dunkt mij voldoende om te doen zien dat er verwarring bestaat:

1°. omtrent de plaats waar zelf*keering* en waar zelf*ontwikkeling* plaats heeft;

2°. (als gevolg van 1°) omtrent het effect van beide.

De oorzaak van de verschillende opvattingen van de zaak is gelegen in de verschillende kriteriën, die onderscheiden schrijvers hebben voor de twee processen. De meesten geven geen bepaalde definities; zij beschrijven alleen het mechanisme er van, en erkennen daarbij soms dat beide processen moeielijk uit elkaar te houden zijn. Een van de weinigen die eene bepaalde definitie van zelfkeering geeft is Haussmann (l. c.); volgens hem moet men van zelfkeering spreken in elk geval waarin de vrucht 90° om zijn dwarsche as draait, 't zij deze draaiing in het groote of in het kleine bekken plaats heeft.

Verder geeft Dr. D. Kruseman in zijne dissertatie de volgende definities:

1°. Versio spontanea is het proces waarbij de lengte-as der vrucht met betrekking tot de lengte-as van den uterus, alleen door de hulp der natuurkracht, wordt verplaatst, waarbij de eene pool der vrucht stijgt, de andere daalt.

2°. Evolutio spontanea is de natuurlijke geboorte bij schouderligging.

Ik meen dat de definitie van Haussmann te algemeen is om practisch te zijn, terwijl de correspondeerende definitie van Kruseman ook toepasselijk zou zijn op de laatste phase van het proces, dat hij zelf als evolutio spont. beschrijft. Bovendien behoort men, dunkt mij, alleen *dan* van «zelfkeering» te spreken, wanneer de «keering» zóó groot is dat eene bepaalde, goed gedefinieerde ligging, in eene andere, eveneens goed gedefinieerde ligging «verkeert», dus alleen *dan* wanneer òf uit een lengteligging een dwarsligging wordt, òf omgekeerd òf eindelijk wanneer na afloop van het proces de plaats, vroeger door de eene pool der vrucht ingenomen, door de andere is bezet, welken laatsten, gedurende de baring minstens exceptioneelen vorm, men dan kan onderscheiden als totale zelfkeering. Kruseman's definitie echter maakt alleen kleine liggingsverandering tot eene zelfkeering. Ik zou dan ook de definitie iets anders willen stellen en zeggen: als gevallen van *zelfkeering* moeten aangemerkt worden *die* waar, nadat het kind bij het begin der baring zich in schouderligging heeft gepresenteerd, ten slotte, alleen door de hulp der natuur, een voor normale baring bij lengte- (schedel-, bil- of voet-,) ligging normaal kindsdeel zich het eerst in de vulva vertoont. In al deze gevallen toch heeft het kind zich (of is het kind) gedurende de baring zonder kunsthulp gekeerd. Zelfkeering vóór het begin der baring is van geen practisch belang. Volgens deze definitie kan men nooit zelfkeering verwarren met zelfontwikkeling, daar bij deze laatste altijd het eerst een gedeelte van het kind voor den dag komt, dat bij geen enkelen vorm van lengteligging het eerst zichtbaar wordt. De evolutio spontanea wordt gewoonlijk weer gesplitst in evolutio spontanea in engeren zin en partus conduplicato corpore. Lazzati heeft in 1867 deze twee samengevat onder den naam «natuurlijke geboorte bij schouderligging» en onderscheidt dan als 1ste soort die, waarbij de stuit eerder wordt geboren dan het hoofd en als 2de soort die, waar het omgekeerde plaats heeft. Mij schijnt de nomenclatuur van Lazzati niet geheel geschikt om de verwarring daarin op te heffen, daargelaten dat de benaming ietwat lang is. Immers, het woord «natuurlijk» kan hier licht aanleiding geven tot verkeerde opvat-

ting, b. v. doen denken dat het ten slotte der natuurkrachten nog gelukte, de ligging in eene normale te veranderen (versio spontanea).

Waar de uitdrijving van een kind, dat zich in eene ongunstige ligging presenteert zooals bij de schouderligging, volgens een welbekend mechanisme plaats heeft, is het, dunkt mij, rationeel haar niet anders te behandelen dan de geboorte bij eene andere, van het normale afwijkende ligging. Men spreekt wel van eene bilgeboorte; waarom zou men niet, naar analogie daarvan mogen spreken van *schoudergeboorte;* deze benaming geeft dunkt mij aan dat wij te doen hebben met een bepaalden vorm van baring, afwijkend van elken anderen. Men kan dan, wanneer de stuit eerder dan het hoofd geboren wordt, spreken van schoudergeboorte 1ste soort enz.

Gevaar dat de medici, door deze gelijkstelling in zeker opzicht van baring bij schouderligging met andere, onschuldige vormen van baring, haar zullen beschouwen als eene waarbij zij rustig mogen toezien, bestaat er dunkt mij evenmin als dat zij dat zullen doen b.v. bij eene voorhoofdsligging: beide zullen zij steeds kennen als gevallen waarin alleen onder bijzondere omstandigheden eene afwachtende houding is geoorloofd.

De handelwijze die ik, in aanmerking nemende de opinie van verschillende autoriteiten, bij verwaarloosde schouderligging het liefst zou volgen, is deze:

Is de keering door inwendige of gecombineerde handgrepen onmogelijk, dan trachte men eerst zich een idee te vormen van de grootte der vrucht en gewaar te worden of deze leeft of niet. Leeft ze en is zij niet bijzonder klein (d. w. z. ongeveer voldragen), dan stelle men, zoo de omstandigheden (assistentie, localiteit enz.) het eenigszins toelaten, de sectio cesarea voor. Wordt deze niet toegestaan, dan wachte men af, wanneer ten minste de toestand der parturiens dit toelaat; is dit niet het geval, dan trekke men voorzichtig (d. w. z. in de goede richting) maar krachtig aan den arm en bevordere daarna, zoo noodig, de geboorte door applicatie van den scherpen haak, welks gebruik, behalve door de Italianen, o. a. in ons land door Prof. van der Meij wordt aangeraden. Pas wanneer deze zonder succes blijft ga men over tot de embryotomie. Is het kind dood, dan appliceere men, zoodra er indicatie is om te termineeren, den scherpen haak en ga vervolgens, zoo noodig, over tot de embryotomie. De voordeelen van dezen modus agendi schijnen mij toe te zijn:

1°. dat men geen kind opoffert waarvan het leven had kunnen behouden blijven door eene operatie, die voor de moeder niet absoluut doodelijk is, zelfs weinig meer gevaarlijk dan b.v. de embryotomie;

2°. dat de lastige en gevaarlijke embryotomie pas het laatst aan de beurt komt, en men daardoor

3°. de minste kans loopt deze operatie aan een levend kind te beginnen.

BESCHOUWINGEN OVER DE THERAPIE DER URETEREN-FISTELS,

DOOR

Dr. A. GEYL.

Den 30 Augustus l.l. werd mijn advies gevraagd door den heer v. G... ten behoeve van zijn echtgenoote, die na haar laatste bevalling was beginnen te klagen over de volkomen onmogelijkheid om urine en faeces tegen te houden. De 33jarige vrouw had gedurende haar 7jarig huwelijksleven vier bevallingen achter den rug. De drie eerste keeren was alles volkomen normaal, zonder eenig accident verloopen. De vierde maal echter had de partus getraineerd; de in den beginne krachtige weeën werden zwakker; er was geen voortgang; de vroedvrouw achtte de komst van den accoucheur noodzakelijk, die na eenig wachten de forceps aanlegde en na een uiterst inspannenden arbeid van ruim een half uur een groot, licht asphyctisch kind, dat spoedig bijgebracht werd, ontwikkelde. De arts deelde mij mede, dat hij bij kruinligging van een hoog maar vaststaand hoofd, bij voldoende ontsluiting, wegens weeënzwakte de tang geappliceerd had. Reeds spoedig bemerkte patiente, dat zij nooit behoefte gevoelde om te urineeren; de per vaginam wegvloeiende urine, waarvan zij toen reeds last moet gehad hebben, hield zij in de eerste dagen na de verlossing voor zeer profuse lochiaalsecretie. Bovendien was de darm incontinent geworden en tot op dezen dag (11 weken na den partus) gebleven, ondanks de vier dagen na de bevalling verrichte operatie.

Op mijn vraag, of er door de blaas volstrekt geen water werd afgescheiden, werd zeer beslist geantwoord, dat er nooit anders dan langs de vagina urine werd verwijderd; deze laatste was gewoonlijk helder, somtijds en vooral in den laatsten tijd troebel.

Het onderzoek van de zich in steensnedeligging bevindende vrouw, leerde het volgende: De introitus vaginae wordt door de labia majora volkomen afgesloten; eerst, wanneer men deze uit elkander houdt, bemerkt men, dat het perineum geheel ontbreekt en het rectum 1 à 2 ctm. boven den sphincter is ingescheurd geworden. Een litteeken aan den achterwand der vagina duidt aan, dat de scheur in den darm oorspronkelijk minstens vier centimeter grooter geweest is. Het valt niet moeielijk zich door digitaalonderzoek te overtuigen, dat de vagina zeer ruim is en het bekken volkomen normale afmetingen bezit; dat de cervix uteri aan weerszijden is ingescheurd, rechts tot op de hoogte van het laquear, links veel dieper tot ongeveer op de hoogte van het ostium internum; dat de baarmoeder zelve verdikt en vergroot is (bij sonde-onderzoek blijkt de afstand van het benedenste deel van het labium anterius tot aan den fundus $8^1/_2$ ctm. te

bedragen), en zij zich naar alle richtingen, 't minst naar beneden toe, vrij gemakkelijk en ruim bewegen laat en dat de adnexa, zoo als de uterus zelf, nergens pijnlijk zijn en evenmin andere afwijkingen vertoonen, die geduid kunnen worden als restes van vroegere ontstekingen. Slechts de ligamenta sacro-uterina zijn strak gespannen en gevoelig voor druk. Het is echter onmogelijk langs dezen weg een opening te bespeuren, die toegang tot de blaas verleent. Zelfs, indien men met een gevensterd Simon'sch speculum (grootste kaliber), den achterwand der vagina naar beneden drukt, dringt zich de voorwand zóó in het gezichtsveld, dat men niets anders dan wegvloeiende, met slijm vermengde urine te zien krijgt. Eerst, nadat ik den voorsten vaginaal-wand, vooral rechts, sterk naar boven lichten en het aangehaakte labium anterius naar links laat trekken, gelukt het mij na lang zoeken in het laquear dexter vlak naast de portio een kleine opening te vinden, waaruit langzaam maar zeker urine druppelt, die aan het blauwe lakmoespapier terstond een roode kleur bezorgt. Door het gaatje wordt een Pawlik'sche catheter gevoerd; en nu is het terstond duidelijk dat het geen toegang verleent tot de blaasholte. De bewegingen van den catheter zijn niet vrij; het instrument kan slechts vooruitgeschoven worden en wel in de richting naar rechts en naar boven. Toen het plus minus 6 ctm. diep zat, zag men uit het vrije einde voortdurend urine afdruppelen, en alhoewel het nu in de omgeving der opening volkomen droog bleef, was toch het urine-druppelen uit de vagina volstrekt niet gestuit. Er was dus nog slechts een enkele bron der kwaal ontdekt. De plaats der tweede kon zelfs na geduldig en langdurig onderzoek, slechts bij benadering bepaald worden; zij moest in den uterus gelegen zijn (want hieruit stroomde voortdurend urine), maar de juiste plaats wáár was voorloopig niet uit te maken. Men stond dus voor het feit, dat bij een vrouw, die beweerde nooit te urineeren (de catheter à demeure toonde ten overvloede de juistheid harer bewering aan: hij leverde nooit een druppel urine) uit twee plaatsen, de vagina en den uterus urine wordt afgescheiden. Rechtszijdig had de Pawlik'sche catheter overtuigend geleerd, dat de vaginaal-opening als vagino-ureteren-fistel behoorde opgevat te worden. Maar hoe mocht de opening, die in de baarmoeder zelf aanwezig moest zijn, beschouwd worden? Hierop kon slechts antwoord gegeven worden, door na te gaan, in hoeverre deze opening nog met de holte der blaas in verbinding stond. Het eenvoudigste daartoe was om dit orgaan op zijn continentie te onderzoeken. Ik liet wat melk kooken en vulde daarmeê de vesica; deze kon niet meer dan ± 150 gram inhouden; spoot men meer in, dan werd het onder hevigen aandrang per urethram verwijderd. Deze proef werd meermalen herhaald en altijd met denzelfden uitslag; nooit verscheen er zelfs maar een druppel melk aan de beschrevene vaginaal-opening of aan het ostium uteri. Met den Pawlik'schen catheter is het mij eenmaal gelukt, rechtszijdig en van de vesica uit, den ureter te sondeeren; hij kwam uit in de gevondene vaginaal-opening. Een herhaling mislukte voortdurend; evenzoo bleek de linkerureter voor mij van de blaas uit ontoegankelijk.

De diagnose behoort derhalve aldus te luiden:

Linkszijdige vagino-ureteren-fistel; rechtszijdige utero-ureteren-fistel; dubbelzijdige inscheuring der cervix uteri en ruptura completa septi perinei.

Er was dus voor den operateur hier heel wat werk. Uitgaande van de overtuiging, dat hij door zijn ingrijpen verhoudingen moest in het leven roepen, die zooveel mogelijk overeenkwamen met de vroeger bestaande, kon bovendien zijn handelen slechts beheerscht worden door de overweging, dat er stellig één en zoo mogelijk twee nieren moesten gespaard worden. Voor alles moest dus getracht worden de vagino-ureteren-fistel te genezen door een operatie, waarbij de belanghebbende nier gespaard bleef en de verbinding tusschen ureter en blaas hersteld werd. En wanneer dit gelukte, dan zou hij moeten beproeven de uterus-holte, bijv. door de methode van Vulliet, zoo ver te dilateeren, dat de uterien-fistel in het gezichtsveld te brengen was. Daarna zou hij volgens een later te vermelden operatie-plan ook hier de verbinding tusschen blaas en ureter te herstellen hebben. Eerst als alle pogingen, om het voorgestelde doel te bereiken, geheel of gedeeltelijk mislukt waren, zou hij gerechtigd zijn tot het aanleggen van een groote vesico-vaginaal-fistel met opvolgende occlusio vaginae of tot het wegnemen van één nier.

Den 10en September verrichtte ik de operatie tot opheffing der vagino-ureteren-fistel.

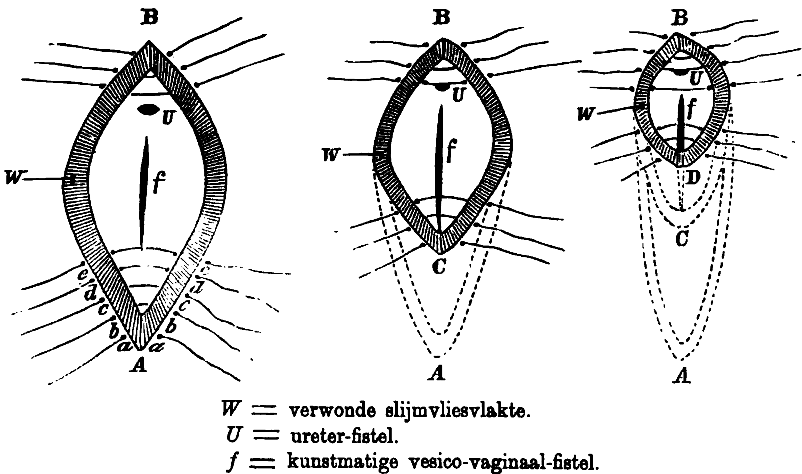
Van een herstelling der continuïteit van den ureter-zelf moest ik van zelf afzien, omdat het mij slechts eenmaal gelukte het vesicale einde van den rechter pisweg te sondeeren. Er schoot mij derhalve niets anders over, dan eerst een kunstmatige vesico-vaginaal-fistel aan te leggen, waarvan het ééne einde samenviel met de bestaande ureteren-fistel, om daarna met de zelf aangerichte ook de bestaande schade te herstellen. Nu is het algemeen bekend en vooral Pawlik heeft er zeer sterk op aangedrongen, dat een vesico-vaginaal-fistel-operatie dikwijls alleen daarom mislukt, omdat een ureter in den naad gevat wordt. Hij raadt daarom aan, om nooit een fistel te opereeren, wanneer men niet van te voren door sondeering of door het gezicht de ligging van den ureter heeft vastgesteld. Ligt nu de blaasopening van den ureter precies in den rand van de fistel of in de onmiddellijke nabijheid daarvan, dan zal men bij het aviveeren goed doen, dezen rand met rust te laten. En men zal er zelfs niet tegen opzien, de snede zóó te verrichten, dat na de hechting een vrij aanzienlijk gedeelte van het vaginaal-slijmvlies binnen de blaasholte komt te liggen. Ik ben overtuigd, dat, wanneer men deze wijze van doen in toepassing gaat brengen bij het verrichten eener uretero-vaginaal-fistel-operatie, men minder zal gaan hooren van de groote moeielijkheden, die aan het welslagen dezer kunstbewerking verbonden zijn. Ik ontken niet, dat sommige operateurs het niet reeds gedaan hebben en zoodoende succes verkregen; ik beweer slechts, dat geen enkel operateur het gedaan heeft in het volle bewustzijn, dat, afgezien van de natuurlijk onontbeerlijke asepsie, de uitslag der operatie uitsluitend en alleen moet afhangen van de plaats waar de draden komen te liggen. Daarom bleef men voortdurend op twee of meer gedachten hinken; zoo scheen men te vreezen, dat de fistel-opening, waarlangs binnen de vagina voortdurend ongestoord de urine wegvloeide, zoodra zij binnen de vesica kwam te liggen, plotseling van aard veranderen en zich zonder meer, geheel of bijna geheel sluiten zou. Om dit te voorkomen, ried men aan om vóór de operatie den ureter te dilateeren of ook wel hem over een grooter of kleiner gedeelte van zijn wand open te

leggen. Mislukte onder die omstandigheden de operatie, dan schreef men dat toe aan vergroeiingen, die het min of meer verwonde gedeelte des ureters met zijn omgeving of zichzelf zou aangegaan hebben. Hoe die vergroeiingen konden tot stand komen, daar gaf men zich weinig rekenschap van. En toch lijkt het uiterst onwaarschijnlijk, dat zij ooit ontstaan zijn, wanneer men nagaat, dat vrije wondranden, wondranden dus die niet onophoudelijk, door een naad bijv., worden tegen elkaar gehouden, slechts uiterst zelden neiging vertoonen, om zich met elkaar te vereenigen, hoeveel te minder dan, wanneer men weet, dat er voortdurend urine tusschen hen door druppelt en deze urine, wanneer zij tegengehouden wordt, onder een vrij hooge drukking komt te staan, zoo zelfs, dat de kracht, waarmede zij ten lange leste aandringt, zoo groot wordt, dat daardoor wondranden uit elkaar gedrongen worden, die met stevige naden aan elkander verbonden zijn. Bovendien zocht men in een onbegrijpelijke en naar mijn meening onmogelijke litteeken-contractie van per primam genezende, zuiver aan elkaar passende wondvlakten de oorzaak voor knikking of toedrukking van den ureter. Ik wil aannemen, dat het mogelijk is door voorafgaande manipulaties de fistel-opening zoo te mutileeren, dat daarin later litteeken-contracties ontstaan, die tot stenose aanleiding geven; maar het is een kunstfout de operatie te verrichten, wanneer nog dergelijke manipulaties tot dilatatie der fistel noodig blijken, evengoed als het een kunstfout is, dat men niet telkens bij het sondeeren de pijnlijkste desinfectie-maatregelen in acht neemt, zoodat men het ontstaan van ureteritis, pyelitis en nephritis voorkomt. Deze toestanden, die al zeer gemakkelijk per continuitatem in een niet verwonde, per contiguitatem ook in een verwonde blaas een catarrhus vesicae kunnen veroorzaken, zullen toch allerminst geschikt zijn om het welslagen van een fistel-operatie te verzekeren.

Wij hebben dus bij het verrichten van onze operatie er op te letten: dat er geen ontsteking besta van den ureter of de hooger liggende organen; dat de fistel-opening niet gestenoseerd zij en gave, intakte randen bezitte en gedurende de operatie behoude en dat zij, zonder dat draden met den ureter-wand in aanraking komen, binnen de blaasholte gebracht worde. Hiertoe is noodig, dat wij het rondom de fistel gelegene vaginaalslijmvlies tot vesicaal-slijmvlies promoveeren, er dus een cul-de-sac van maken, die met de blaasholte komt te communiceeren. Dit doel is op verschillende wijze te bereiken en werkelijk ook bereikt, al naarmate men meer of minder vrijgevig was in het verbruiken van vaginaalslijmvlies.

Als ultimum remedium heeft men het verwezenlijkt door het verrichten der kolpokleise. Nadat men van te voren een groote vesico-vaginaal-fistel had aangelegd, praepareerde men van het vaginaal-slijmvlies een circulaire, 1 à 2 ctm. breede strook af. De verwonde vlakte werd zoo gehecht, dat de vagina overdwars werd afgesloten, vaginaal-zak en blaasholte dus één ruimte vormden. Of deze kolpokleise, waardoor eenige vrouwen de verloren gegane macht over de blaas-functie weer terug erlangd hebben, nog in dezen tijd recht van bestaan heeft, geloof ik te mogen betwijfelen. Het is mij bij het lezen van ziektegeschiedenissen van vaginoureteren-fistels opgevallen, hoe zelden hier van het bestaan van uitgebreide

litteekens e. d. wordt melding gemaakt. Het komt mij voor, dat deze wel altijd volgens de methode van Bozeman-Pawlik onschadelijk zullen kunnen gemaakt worden. Daarbij komt, en dit heeft men nooit goed ingezien of ten minste nooit duidelijk in het licht gesteld, dat de hier bedoelde occlusio vaginae wel is waar de ruwste vorm is, waaronder de vagino-ureteren-fistel-operatie kan verricht worden, maar dat er tusschen haar en de ideëele operatie-methode slechts een gradueel verschil bestaat. Bij de eerste wordt nagenoeg de geheele vagina, bij de laatste het kleinst mogelijke gedeelte daarvan in urine-houder omgezet. Tusschen beiden in staat de partieele kolpokleise, die niet slechts theoretisch van gewicht is, maar, zooals mij blijkt uit eene dissertatie, welke ik voor eenige dagen in handen kreeg, van wie ook Kaltenbach getoond heeft dat zij practisch uitvoerbaar is. Door haar werd een fistel tot genezing gebracht, die aan verschillende operatie-methoden, waarbij klieving van den ureter mede een hoofdrol speelde en de dunne vaginaal-wand de schuld van het mislukken kreeg, weerstand geboden had. Kaltenbach maakte een vesico-vaginaal-opening, waarvan het ééne einde gelegen was in de nabijheid van de nu met rust gelatene ureter-fistel. Daarna prepa-



W = verwonde slijmvliesvlakte.
U = ureter-fistel.
f = kunstmatige vesico-vaginaal-fistel.

reerde hij twee 1 à 1½ ctm. breede slijmvliesstrooken af. De zoo ontstane wondvlakten omzoomden dat gedeelte der met intakt slijmvlies voorziene vagina, waarbinnen zich de fistels bevonden. Werden nu de correspondeerende punten der verwonde slijmvliesvlakte nauwkeurig aan elkaar gehecht, dan werd het intakte slijmvlies een cul de sac, die met de blaasholte in verbinding stond. De aldus verrichte operatie werd niet dadelijk met goeden uitslag bekroond; er bleef een klein gaatje in den naad over, dat echter gemakkelijk door een na-operatie gesloten werd. Kaltenbach's patient had groote bezwaren van een bloeding, die na de operatie uit de in de blaas gemaakte wond optrad en niet korter dan drie dagen last veroorzaakte, alhoewel het vesicaal- en vaginaal-slijmvlies der wondranden met catgut aan elkaar gehecht waren. Zoolang men niet met zekerheid deze nabloedingen voorkomen kan, zal dus ook hier als bij alle andere operatie-methoden, de vraag aan de orde zijn: Moet er

in één of in twee tempo's geopereerd worden? Over 't algemeen zal men zeker goed doen, pas aangelegde blaaswonden van eenigen omvang binnen het bereik van zijn oogen en handen te houden. Men zal de patiente dan meermalen pijn en zich zelf ongerustheid besparen.

Ik acht het onnoodig in nadere bijzonderheden te treden over het verband, dat er bestaat tusschen deze partieele kolpokleise en de occlusio vaginae; dat springt van zelf in het oog; ik wil slechts aantoonen, hoe men van deze operatie geleidelijk de ideale operatie-methode afleiden kan. Als men heel zuinig met het vaginaal-slijmvlies zijn wil, dan kan men zonder eenige wijziging te brengen in den aard der operatie het punt A verleggen naar het daarheen gekeerde uiteinde C der kunstmatige vesico-vaginaal-fistel. Bovendien ziet men zeer gemakkelijk in, dat het tot het bereiken van ons doel er niets toe afdoet, of de blaas-fistel groot en ver van de ureter-fistel gelegen is, dan wel of het tegendeel plaats heeft. De urine kan evengoed in het laatste als in het eerste geval in de blaas afdruppelen. Hoe dichter de blaas-fistel bij de ureteren-opening komt te liggen, en hoe kleiner zij gemaakt wordt, des te meer vaginaal-slijmvlies zal kunnen gespaard worden. Nu is het volstrekt niet noodzakelijk en zou ook technisch niet altijd gemakkelijk uitvoerbaar zijn, om te beginnen met de blaaswond zoo bijzonder klein aan te leggen. Men kan haar op het eind der operatie weer voor een groot gedeelte sluiten, maar moet dan ook het eindpunt A der later aan elkander te brengen slijmvlies-vlakten niet naar C, maar meer in de nabijheid van de ureter-fistel, naar het punt D verplaatsen. Voor het welslagen der operatie is slechts noodzakelijk, dat er rondom de ureter-fistel intakt vaginaal-weefsel voorhanzij. De zelfgemaakte blaasopening kan het, volgens mijne meening, gerust stellen buiten de voorzorgsmaatregelen, die door Schede zijn aangeraden. Deze legt een blaasscheedewond aan, waarvan het éene einde de ureter-fistel raakt; vervolgens vereenigt hij zeer nauwkeurig, onder streng antiseptische maatregelen, vaginaal- en vesicaal-slijmvlies, zoodat er een lineaire vereeniging tot stand moet komen. Bestaat deze, dan aviveert hij van weêrszijden de artificieele fistel, zóó dat er een gedeelte van het vaginaal-slijmvlies behouden blijft en na de wondhechting binnen de vesica komt te leggen. Natuurlijk blijft zoodoende rondom de ureter-monding ook een gedeelte intakt vaginaal-slijmvlies. In deze wijze van opereeren zie ik geen ander voordeel, dan dat de draden, die de rondom de fistel gemaakte wondvlakten moeten aaneenhouden, onmogelijk met den ureter-wand in aanraking kunnen komen. Het nadeel is, dat men in twee tempo's moet opereeren en zoodoende zichzelf en de patienten veel onnoodige last en moeite veroorzaakt. Het is immers mogelijk in één tempo, zonder omzooming der blaasscheedewond, maar na hechting van het grootste gedeelte daarvan, hetzelfde resultaat te bereiken dat Schede erlangt. Het gevaar voor latere blaasbloeding van eenige beteekenis zal daarbij wel altijd uiterst gering zijn.

De gang dezer operatie was in mijn geval de volgende:

Pro memorie zij gezegd, dat ik dagelijks gedurende een week de uterus-holte duchtig gedesinfecteerd heb en dat de vrouw, vóór tot de operatie werd overgegaan, zoo aseptisch mogelijk gemaakt was. Wegens de meer dan ongewone nervositeit der patiente werd er geen locale

anaesthesie, maar chloroform-narcose toegepast. De fistel werd in steensnedeligging voor het gezicht toegankelijk gemaakt; deze ligging bleef gedurende de operatie behouden. De Pawlik'sche catheter, die ik 5 à 6 ctm. diep in den ureter voeren kan, wordt aan de hoede van een assistent toevertrouwd. Vervolgens breng ik in de van te voren met 150 gram boorzuur-oplossing gevulde blaas een steen-sonde en plaats die zoo, dat de gesleufde zijde naar de vagina ziet en de top tegen den Pawlik'schen catheter aanstoot. Nu snij ik, in de onmiddellijke nabijheid der fistel beginnend, maar zonder deze te verwonden, op de sleuf in en maak een blaasscheedewond van ongeveer 2 ctm. Daarna wordt een fijne metalen catheter van uit de urethra door de blaas heen, in de monding van den ureter gevoerd, een weinig vooruitgeschoven en zoo gedurende het verdere gedeelte der operatie gefixeerd. Aan den catheter had ik een lichte S-vormige kromming laten geven. Dit was een misschien niet geheel overbodige voorzorg, die vooral dan beteekenis zal hebben, wanneer men buiten narcose opereert. Maakt men met het buiten het lichaam gelegene stuk van dezen catheter een beweging in de richting van de rechter dij der vrouw, waardoor de fistel-opening beneden het niveau der blaasscheedewond, dus binnen de blaasholte komt te liggen, dan zal men minder geweld doen aan de urethra, dan wanneer men deze manoeuvre verricht met een instrument, dat een anderen vorm bezit. Toen deze catheter geplaatst was, prepareerde ik, beginnend aan een punt der blaasscheedewond, dat ± ½ ctm. van haar bij de fistel-opening gelegen uiteinde verwijderd was, twee slijmvliesstrooken af, die in de richting van den blaaswand in een lang ovaal rondom de fistel heenliepen, overal 1 à 1½ ctm. vaginaal-slijmvlies tusschen zich en de fistel intakt lieten. Ik liet nu de uretermonding een weinig binnen de blaasholte drukken, een manoeuvre, die het aanleggen der draden vergemakkelijkte. In den naad werden opgenomen de verwonde slijmvliesvlakten en de blaasscheedewond, voorzoover zij achter deze vlakten gelegen was. De naad zelf was rechtlijnig. Daar ik het nut van het laten liggen van den ureter-catheter niet inzag, wel het nadeel daarvan, werd deze terstond verwijderd. Tegen den wondnaad werd jodoform-poeder gestrooid, die ten overvloede met jodoform-strengen gefixeerd werd.

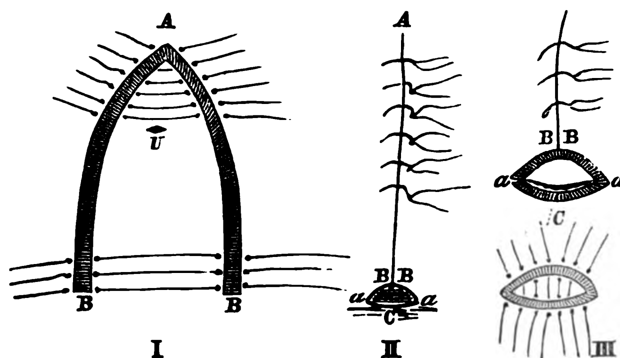
Over het genezingsproces kan ik kort zijn. In de eerste dagen scheen het, alsof de operatie niet met succes bekroond zou worden. Het gelukte mij namelijk nooit met den catheter urine uit de blaas te verwijderen; toch beweerde de vrouw, dat zij zeer duidelijk in tegenstelling van vroeger urine-drang gevoelde en dat zij telkens uiterst kleine hoeveelheden urineeren moest; mijn komst zou altijd voldoende zijn, om haar alle macht over den sphincter te doen verliezen. Bezichtigde ik den wondnaad, dan bemerkte ik, dat zij overal nauwkeurig sloot en nooit lekte. Vijf dagen na de operatie besloot ik daarom te gaan trachten, de geringe capaciteit der blaas en hare overgevoeligheid te verbeteren met injecties van boorzuur-oplossingen. Spoedig werden deze in aanzienlijke kwantiteit verdragen en op den 10den dag post operationem konden de draden verwijderd worden.

Den 10 October houdt de vesica gemakkelijk 300 gram urine.

Het tijdstip schijnt minder goed gekozen, om terstond na de mede-

deeling van een gelukkig afgeloopene operatie, uitgevoerd volgens een alleszins rationeele methode, een voorslag te doen, deze voortaan onder sommige omstandigheden volgens een geheel andere methode te verrichten. Als ik het toch doe, dan heb ik daarvoor de volgende redenen aan te voeren: Van wezenlijk belang voor het welslagen der zooeven gerefereerde operatie-methode is het, dat de definitieve wondnaad rechtlijnig zij en dat slechts correspondeerende punten der wondvlakten, d. w. z. punten, die op gelijken afstand van de respectieve uiteinden der wondvlakten gelegen zijn, met elkaar in verbinding gebracht worden. Slechts zoo is men volkomen zeker, dat het de ureter-fistel omgevende intakte slijmvlies overal onder dezelfde spanningsverhoudingen komt te staan, en worden dus de kansen voor ureter-knikking tot nul gereduceerd. De versch gemaakte blaaswond beslist derhalve over de ligging van de te ariveeren, rondom de fistel gelegene slijmvliesstrooken. Maar daar de ligging van de fistel van dien aard zijn kan, dat wij niet vrij zijn in de keuze van bedoelde slijmvliesstrooken, zoo kan het zijn nut hebben te beginnen met het afprepareeren van het slijmvlies, dat rondom de ureter-opening beschikbaar is. Doet men dit, dan kan men zich nog meerdere voordeelen verzekeren: men kan de blaasopening zoover van de fistel afbrengen, als men zelf doelmatig vindt. Men opereert in één of twee tempo's, al naarmate er geene of vrij aanzienlijke bloeding verwacht wordt uit den naar de fistel gekeerden rand van de aan te leggen blaasopening. Men ga op de volgende wijze te werk:

Waar slijmvlies beschikbaar is, praepareert men twee ± ½ ctm breede, in een zeker punt convergeerende strooken af. Is dit punt in *A* gelegen, dan laat men de strooken, in een halve ovaal, voorbij de fistelopening tot in de punten *B* bijv. heenloopen. Hecht men nu de correspondeerende punten aan elkaar, dan komt de fistel in een cul de sac te liggen, op eenigen afstand van diens ingang. Deze laatste zal een min of meer onregelmatige halfcirkelvormige of ronde gedaante bezitten, en uit een dubbele laag vaginaal-slijmvlies en een basis, de blaasscheedewond bestaan. Wordt deze geperforeerd en de vrije rand geaviveerd, dan heeft men slechts de laatste wondvlakte met den van de fistel afgekeerden rand der basis nauwkeurig te vereenigen, om de urine, die anders langs den cul zou



I. *A B B* = verwond slijmvlies.
U = ureter-fistel.
II. *a B B a* = vrije rand van den cul de sac.
C = basis bestaande uit blaasscheedewand.
III. *a B B a* wondgemaakte vrije rand.
C = wondrand, van de fistel afgekeerd.

afvloeien, te noodzaken haar weg langs de blaas te nemen. Men ziet gemakkelijk in, dat men bij deze wijze van opereeren den ureter geheel met rust kan laten: alleen zou het voorzichtig zijn, wanneer men al te dicht in de nabijheid van zijn monding slijmvlies moet afprepareeren, hem dan tijdelijk te sondeeren.

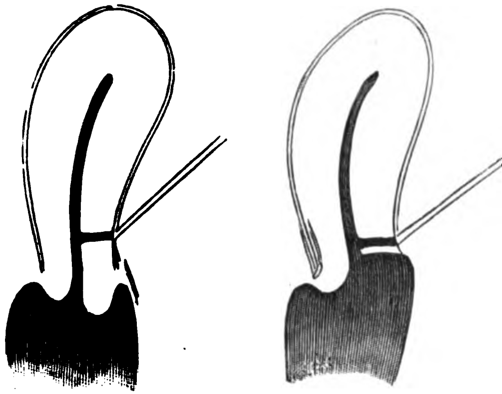
Dat het zoeken naar een veilige en zeker resultaat gevende operatiemethode geen overbodige arbeid is, blijkt nog overtuigend uit de statistische gegevens, die Nebe in zijn zooeven geciteerde, den 31en Juli 1890 verdedigde dissertatie verzameld heeft. In de literatuur waren tot op dien dag 30 gevallen bekend, die door chirurgen onderzocht of behandeld waren. De pogingen, die men, voordat Landau met zijn voorslag voor den dag gekomen was, in het werk stelde, om namelijk de fistel door middel van caustica tot sluiting te brengen, zijn alle mislukt. Niet minder dan zesmaal heeft men een nier weggenomen: vijfmaal zag men het urine-druppelen ophouden, ééns de patiente aan de gevolgen der operatie succombeeren. De kolpokleisis, d. w. z. de occlusio vaginae, waartoe men driemaal zijn toevlucht nam, gaf evenvele genezingen, terwijl Kaltenbach de partieele kolpokleise tweemaal met succes uitvoerde. Van de 14 gevallen, waar men de eigenlijke fistel-operatie, volgens het door Landau aangegeven, door Bandl verbeterde schema, verricht heeft, is juist de helft mislukt; de overigen genazen, maar meestal niet, dan nadat zij de operatie herhaaldelijk ondergaan hadden. Op de 7 mislukte komen twee sterfgevallen. De operateurs, die tot nu toe succes hadden, zijn Bandl, Parvin, Nicoladoni, Schede, Solowjeff en Schauta. Het schijnt mij echter minder juist toe, het geval van Schauta onder de vagino-ureteren-fistels te rangschikken. De ureter mondde hier uit aan den rand van een blaas-fistel. Dergelijke gevallen zijn dikwijls door verschillende operateurs, vooral door Pawlik, beschreven en genezen.

Zooals uit het bovenstaande blijkt, heeft men niet geschroomd, door middel van het wegnemen eener nier de vagino-ureteren-fistel onschadelijk te maken. Zeker is deze handelwijze ingrijpend en doet men in zekeren zin een leap in the dark. De ervaring over den blijvenden gezondheidstoestand der ééniersmenschen is nog zoo gering, dat men verstandig doet niet dan in de uiterste noodzakelijkheid tot het wegnemen van dit orgaan over te gaan. Wanneer bestaat die noodzakelijkheid? Mijns inziens dan, wanneer bij een geslachtsrijpe vrouw herhaalde pogingen om de fistel te sluiten, mislukt zijn. Maar bestaat zij ook, wanneer er geconstateerd is geworden, dat de met de fistel correspondeerende nier ziek is? Het is onmogelijk, zoo zonder meer deze vraag bevestigend of ontkennend te beantwoorden. Wie een zieke nier wegneemt, terwijl de overblijvende niet volkomen gezond is, begaat stellig manslag. En zelfs indien het blijkt, dat deze geheel normaal is, dan nog, wie een zieke nier wegneemt zonder zeker te zijn dat de aandoening absoluut ongeneeslijk, ja van letalen aard zal zijn en ontstaan is ten gevolge van een van de fistel uitgaande infectie, begaat meer dan een onvoorzichtigheid. Want hoe treurig het ook gesteld is met de kennis van de aetiologie der nephritis, er zijn toch verschillende klinische waarnemingen en ook eenige sterk sprekende experimenten bekend, die er op wijzen, dat nierontstekingen ten gevolge van een algemeene bloed-infectie ontstaan kunnen. Deze laatste

kan haar grond hebben in algemeene infectie-ziekten of in meer of minder verborgene besmettingshaarden (etteringsprocessen, tuberculeuse haarden, enz.). Zoolang nu de oorzaak van de aandoening der ééne nier niet weggenomen is, blijft de andere het gevaar loopen, waarvoor de eerste bezweken is, en het is derhalve geraden voor het organisme elk stukje nier, dat functionneeren kan, zoo lang mogelijk te behouden. Men zal bij een palpabel nier-absces natuurlijk niet aarzelen terstond nephrotomie te verrichten, en zoo deze therapie niet het gewenschte succes geeft, haar en wel ten spoedigste, indien er door niet te handelen direkt levensgevaar ontstaat, door nephrectomie doen volgen. Maar, waar dit niet aanwezig is, acht ik elk operatief ingrijpen volkomen misplaatst, te meer, daar wij met zekerheid weten, dat sommige nieraandoeningen voor volkomen genezing vatbaar zijn. Zoo heeft zelfs onlangs Thorkild Rovsing aangetoond, dat het mogelijk is bij konijnen echte nephritiden op te wekken door inspuiting in het bloed van bacteriën, en wel van etteringsbacteriën, en dat deze ontstekingen van zelf weer verdwenen, indien men de dieren in het leven liet. Hij beschrijft bovendien een klinisch geval, waar van uit de vesica langs den ureter een infectie der nier plaatsgreep (ureteritis, nephritis) en waar de ziekteverschijnselen voor een doelmatige behandeling weken. Ik vermeen dus, dat men alleen op de diagnose van een nephritis bij bestaande vagino-ureteren-fistel niet het recht heeft een nier weg te nemen. Men zal eerst moeten trachten het nierlijden te bestrijden door het opwekken van ruime diurese, het inwendig gebruik van acid. boric. e. d., het tegengaan van nieuwe infectie van de zijde der fistel en desnoods het desinfecteeren van ureter en nierbekken. En zelfs indien deze therapie niet het gewenschte gevolg heeft, zal men, bij afwezigheid van een palpabel nier-absces, de fistel op de vroeger beschreven wijze trachten te sluiten. Ik houd de bezwaren, die een licht ontstoken, van de fistel uit geinfecteerde nier voor het organisme of wel voor de andere nier of de blaas oplevert, voor zóó gering, dat ik ze zonder eenig bezwaar en met eenig vertrouwen, dat zij na de sluiting der fistel nog wel genezen zal, bij de patiente durf achterlaten. Daarbij komt, dat indien de toestand verergert, de exstirpatie nog altijd verricht kan worden. Zonder dus zoo conservatief te zijn, dat ik à tout prix een nier zou willen behouden, zal ik toch niet dan in de uiterste noodzakelijkheid er toe overgaan haar weg te nemen. Dit was de reden, waarom ik er op bedacht was een operatie-methode te vinden, die in staat zou zijn, met behoud van de betrokkene nier, de nog bestaande utero-ureteren-fistel te genezen.

Van de anatomie der utero-ureteren-fistels is te weinig bekend, dan dan dat het mogelijk zijn zou, deze anders dan bij benadering te construeeren. Of het nieuwgevormde, den uterus-wand doorborende kanaaltje, dat de voortzetting van den verwonden ureter representeert, met betrekking tot de lengteas der baarmoeder een dwarsch verloop heeft, kan van te voren niet met zekerheid uitgemaakt worden en is toch in zekeren zin van gewicht om geweten te worden. Waarschijnlijk is het wel en daaruit vloeit terstond voort, dat de sondeering van den ureter met meer dan gewone moeilijkheden zal gepaard gaan. Maar niet slechts de ongunstige loop van het ureteren-kanaal, ook de stijve uterus-wand zal ten allen

tijde groote bezwaren aan het invoeren van den catheter in den weg leggen. Wil men zich derhalve van de plaats der fistel-opening vergewissen, dan zal 't zaak zijn haar à vue in te brengen. Men zal dit het gemakkelijkst bewerkstelligen door de Vulliet'sche methode der volkomen dilatatie van de uterus-holte. Gelukt het de fistel-opening in het gezicht te krijgen, dan zal men het labium, of dat gedeelte der cervix waarin zich de opening bevindt, kunnen amputeeren juist beneden den fistel-gang. Men verkrijgt dan een toestand, zooals die in de tweede schematische figuur [1]) is aangegeven en behoeft slechts het in den uterus-wand aanwezige kanaaltje tot in de vagina te splijten, om zoodoende de fistel-opening in de vagina te verleggen. Men kan dan verder opereeren volgens een der vroeger aangegeven methoden. De weg, dien men op deze wijze af te leggen heeft, om tot zijn doel te geraken, is zeker niet kort, maar ik ben er van overtuigd, dat men somtijds, zoo niet veeltijds aan het einde daarvan het gewenschte succes zal vinden. Ik zelf ben niet zoo gelukkig geweest. Noch het peritoneum, noch de arteria uterina zijn onder deze specieele omstandigheden gevaarlijke tegenstanders; ten minste, ik heb het eerste zeer gemakkelijk stomp van den uterus af kunnen prepareeren en de tweede heb ik, toen zij begon te spuiten, onderbonden. Maar ik stuitte op bezwaren, waarop ik van te voren wel is waar eenigszins gerekend, maar die ik, zooals later bleek, veel te gering geacht had. Het was mij nooit gelukt den ureter voldoende te catheteriseeren. Wel kon ik herhaaldelijk, reeds vóór dat de uterus gedilateerd was, demonstreeren, dat de aan den top sterk gebogene Pawlik'sche catheter, links van de uterus-holte, ter hoogte van het ost. intern. $^1/_2$ à 1 ctm. in de substantie der baarmoeder indrong en was het mogelijk na de Vulliet'sche dilatatie, daar ter plaatse een gepreformeerde opening te vinden, de catheter kon echter niet diep genoeg ingevoerd worden, om urine op te vangen. En wat bijna even bezwarend was voor het welslagen der latere operatie, was dat het urine-lekken soms spontaan langer dan een kwartier en bij manipulaties in de nabijheid der fistel-opening onbepaald lang ophield. Eens, toen de uterus-holte nog niet gedilateerd was heb ik, zoekende naar de fistel-opening, drie kwartier lang te vergeefs op een druppel urine gewacht en hoorde ik later van patiente, dat zij, nadat ik was weggegaan, nog een uur droog gebleven was.



Dat ik het ondanks dit alles, niet bij de Vulliet'sche dilatatie gela-

[1]) Den Heer Dr. v. d. Poll uit Amsterdam, die de in deze verhandeling voorkomende figuren voor mij vervaardigde, mijn besten dank.

ten en ook nog de halve cervix geamputeerd heb, moet toegeschreven worden aan mijn vast vertrouwen, dat de gevondene opening de gezochte fistel-opening zijn zou [1]) en dat ik, indien eenmaal het collum was weggenomen, den ureter gemakkelijker zou kunnen sondeeren. Dit nu bleek niet het geval te zijn en bovendien kon weer gedurende het grootste gedeelte der operatie, of beter van mijn pogingen daartoe, het urine-lekken niet worden waargenomen. Zoo blindelings, zonder dat ik den loop van den abnormalen pisweg voldoende kon controleeren, in te snijden was bij de bestaande anatomische verhoudingen niet geraden. Ik besloot derhalve mijn pogingen om langs conservatieven weg de fistel-bezwaren op te heffen te staken, ook omdat patiente ongeduldig begon te worden en naar het eind van al de operaties verlangde.

Een expresselijk daartoe ingesteld onderzoek leerde, dat de rechternier volkomen gezond was. Patiente, die zeer veel dronk, loosde gemiddeld in de 24 uren 900—1200 gr. bleekgele urine, die 0,9°/₀ tot 1°/₀ ureum bevatte, neutraal of zwak zuur reageerde, altijd helder zag en nooit sporen van eiwit bevatte.

De voorgestelde nier-exstirpatie werd door patiente beslist geweigerd. Zij wou liever met haar urine-bezwaren blijven rondloopen, dan haar leven aan eenig gevaar blootstellen.

Ik zal nu dezer dagen beproeven het ingescheurde rectum te herstelstellen, volgens de methode van Hegar.

[1]) Wat zou het anders hebben kunnen zijn?

BOEKBESCHOUWING.

I.

W. Driendijk, *Over de aetiologie van het navelstrenggeruisch.* Proefschrift. Leiden, 1890.

Sommige verschijnselen trekken nu eens in hooge mate, dan eens nagenoeg in het geheel niet de aandacht. Wanneer terecht of ten onrechte beweerd wordt, dat een verschijnsel op een pathologische stoornis wijst, of ten minste op een pathologische stoornis kan berusten, dient men er rekening mede te houden, zal er ijverig naar worden gezocht en uit velerlei waarneming allicht een aantal verklaringen zelfs theorieën worden gedestilleerd, dienende om den verklaringszin bij den mensch tevreden te stellen. Het is zoo onaangenaam om het «ignoramus» uit te spreken. Wanneer daarentegen blijkt, dat aan een verschijnsel, dat nu en dan eens wordt waargenomen, geen waarde als pathognomonisch teeken mag worden toegekend, dat het bovendien geen of ten minste zeldzaam aanleiding geeft tot verwarring met andere verschijnselen, koelt de belangstelling wel eens tot bijna het vriespunt af.

Zoo ging het ook met het navelstrenggeruisch. In de eerste 30 jaar dat men het kende, van 1833—60, toen eigenlijk gezegd de verloskundige auscultatie nog in de luren lag, werd er met een zekere teedere belangstelling aan gedacht en vertelde iedereen er iets bijzonders van. Daarna echter werd het bestaan er van als een oud en welbevestigd feit vermeld en nam men vrij algemeen aan, dat het in de navelstreng door compressie ontstond, zoodat er een reeks van jaren geen nieuws meer van te vermelden viel. In de laatste vijf jaren zijn echter een paar dissertatiën over dit onderwerp verschenen (wellicht een gevolg van het groote aantal aspiranten voor den doctorstitel, dat een groot aantal onderwerpen voor dissertatiën noodig maakt), waaraan de stoot gegeven werd door Bumm, die meende dat het navelstrenggeruisch, zoo niet steeds, dan toch dikwijls in het hart van den neonatus kon ontstaan, en dus misschien wel eens eenige pathologische beteekenis had. Hij «belichaamde» zijne meening in een dissertatie van een zijner leerlingen, en natuurlijk gaf deze dissertatie weder aanleiding tot het verschijnen van een andere, waarin deze meening werd bestreden.

De heer Driendijk heeft alle meeningen over het ontstaan van het navelstrenggeruisch de revue laten passeeren en bovendien gepoogd het geruisch te doen ontstaan of waar het reeds bestond, te doen verdwijnen door aan het kind een andere houding te geven. Hij slaagde in het eerste niet, in het laatste daarentegen wel. Bovendien vond hij dat het soms na sterke lichaamsbeweging der vrouw verdween en bij sommige niet constant werd waargenomen. Aan het hart van den neonatus kon hij nooit

iets abnormaals hooren, terwijl hij bovendien evenals andere waarnemers het geruisch ook naast zuivere harttonen heeft kunnen waarnemen.

Op grond van zijne waarnemingen, meent hij te mogen concludeeren, dat het navelstrenggeruisch werkelijk in de navelstreng ontstaat en met de harttonen niets te maken heeft. Pathognomonische beteekenis mag aan het verschijnsel niet worden toegekend. Naar mij voorkomt is dit onderwerp thans, ten minste voor de eerste tien jaren, voldoende toegelicht.

NIJHOFF.

II.

F. D. SCHMAL, *Over de pathologische anatomie van het endometrium.*

Dr. Schmal onderzocht gedurende een tweetal jaren alle stukjes slijmvlies door Prof. Treub, door middel van curettement uit de baarmoeder verwijderd, en breidde zijn onderzoek naar de pathologische afwijkingen van het endometrium uit, door de mucosae te doorvorschen van een aantal uteri, welke geheel of gedeeltelijk wegens fibromyoma door laparotomie of per vaginam wegens carcinoma colli waren verwijderd.

Meer in het bijzonder tracht de Schrijver de vraag te beantwoorden, met welke anatomische afwijking heeft men eigenlijk te doen, wanneer op grond van klinische verschijnselen (bloeding en pijn bij matig vergrootten uterus) de diagnose *chronische endometritis* gemaakt wordt met de bijvoeging: *hypertrophica*, *hyperplastica*, *fungosa*, *glandularis* enz. verschillende naar de nationaliteit en den ouderdom van den gynaecoloog, doch alle bedoelende, dat de zetel der aandoening niet in het stroma, maar in de klier-elementen van het slijmvlies aanwezig geacht wordt; — en te verklaren waarom men bij fibromen van de baarmoeder vrij standvastig eigenaardige veranderingen van het slijmvlies waarneemt.

Na een overzicht gegeven te hebben van de ontwikkeling onzer kennis van de normale mucosa uteri van Malpighi en Ruysch af tot de nieuwere onderzoekers (Reichert, Leydig, Kundrat en Engelmann, Leopold, Wyder) toe, stelt Schmal een beschrijving op van de normale uterus-mucosa, het best bij neonatae te onderzoeken, welke de grondslag dient te zijn voor het aannemen van pathologische afwijkingen. De moeilijkheid om de verschillende veranderingen, die de mucosa, hetzij tijdelijk door de menstruatie, hetzij door den leeftijd ondergaat, juist te betitelen, wordt hierbij nauwkeurig aangetoond.

Het hoofdstuk dat de pathologische afwijkingen van de mucosa uteri bij de chronische hyperplaseerende endometritis beschrijft, wordt door den Schrijver betiteld: *de slijmvlies-hypertrophie.* Hij is namelijk tot de conclusie gekomen, dat men in die gevallen niet van een *chronische ontsteking* mag spreken, — immers in de praeparaten van chronische endometritis hyperplastica (om nog eens dezen meest gebruikelijken naam te gebruiken) worden de kenmerken gemist, die aan chronische ontsteking der slijmvliezen eigen zijn. Het schijnt mij genoeg van belang hier de woorden van den Schrijver zelf aan te halen: (pag. 33.)

«Vooreerst de aandoening is *geen ontsteking.* Hoewel misschien ont-

steking invloed moge hebben op haar ontstaan, hoewel zij misschien het directe gevolg eener chronische ontsteking kan zijn, zelf kan zij niet tot de ontstekingen worden gerekend, doch moet zonder twijfel tot de nieuwvormingen worden gebracht. Het begrip: chronische ontsteking van slijmvliezen, vertoont wel is waar niet de vier cardinaalsymptomen: tumor, rubor, calor, dolor, ja zelfs géén dezer vier, toch is het begrip èn klinisch èn anatomisch scherp omschreven. Klinisch vindt men: hypersecretie, overgaande in een mucopurulente en purulente afscheiding, later functioneele stoornissen, welke naar de plaats en de werking van het orgaan verschillen. Anatomisch: infiltraten in het weefsel, later atrophie met het te gronde gaan der secerneerende organen of het cysteus veranderen van afgesnoerde gedeelten der klierbuisjes en vorming van bindweefsel. Komt er verdikking, hypertrophie, dan is deze afhankelijk van bindweefselvorming of van verdikking der onder de mucosa gelegen weefsels. Aan dit beeld beantwoordt klinisch de ware chronische endometritis, de uterus-katarrh, welke den ouden gynaecologen reeds bekend was, en b.v. in typischen vorm na gonorrhoïsche infectie kan voorkomen. Anatomisch is deze vorm weinig onderzocht, doch men kent zeer goed den gevolgtoestand, het atrophische slijmvlies met enkele cysteuse klieren.

Een geheel ander proces is de door ons behandelde aandoening. Hierbij vindt men zelden hypersecretie, en indien zij aanwezig is, is zij van slijmigen, wordt nooit van etterigen aard; maar de constante symptomen zijn bloedingen en pijn, de eerste in bijna alle, de laatste in een groot deel der gevallen. Ook anatomisch is geen enkel criterium van chronische ontsteking voorhanden, geen infiltraten, geene schrompeling van bindweefsel, het is eene pathologische vermeerdering van weefsel, eene nieuwvorming.»

Anatomisch wordt dus de scheiding tusschen chronischen katarrh en glandulaire woekering, die ieder gynaecoloog bij vermeerdering zijner ervaring, ook ex juvantibus telkens scherper en scherper trekt, volkomen bevestigd. Men verwerpe den naam endometritis en spreke slechts van slijmvlies-hypertrophie. Tegen hypertrophisch slijmvlies is verwijdering der woekering en cauterisatie van den bodem, waarop het slijmvlies voortwoekert aangewezen; tegen een proces, dat neiging heeft om in atrophie te eindigen, moeten andere middelen worden aangewend. Dat curettement in vele dezer gevallen geen kwaad heeft gedaan, mag wellicht, ten minste naar mijne meening, daaraan worden toegeschreven, dat menigmaal slechts de inhoud der baarmoeder maar niet het slijmvlies verwijderd wordt. Men curetteere niet omdat er endometritis, maar omdat er klierwoekering bestaat, of ten minste op grond van klinische verschijnselen mag worden aangenomen.

Want ook in sommige gevallen, waarbij wegens de bekende verschijnselen bloeding en pijn, was gecuretteerd, kon geen pathologische afwijking worden aangetoond. Soms waren zoowel het stroma, als de klierbuisjes zonder veranderingen, ontbrak ook elk infiltraat, soms was mikroskopisch niets abnormaals te zien, al scheen makroskopisch het slijmvlies verdikt. Wenschelijk ware het geweest indien de Schrijver eenige getallen had genoemd. Immers nog meer dan thans, zou het zoeken naar oorzaken

van heftige baarmoederbloedingen, buiten de baarmoeder zelf gerechtvaardigd zijn, indien bleek, dat in een belangrijk aantal gevallen de klinische diagnose «slijmvlies-hypertrophie» niet door het anatomisch onderzoek bevestigd werd.

Wat de veranderingen betreft, bij myomen van den uterus gevonden, zoo leerde het onderzoek van een vijftiental, deels subsereuse, deels in den uterus promineerende tumoren, dat bij de subsereuse tumoren het uterus-slijmvlies normaal kan zijn, maar ook kan hypertrophieeren, dat daarentegen bij de promineerende tumoren het slijmvlies op den tumor atrophisch, daartegenover hypertrophisch is, en wel soms in belangrijker mate, dan men bij de idiopathische hypertrophiën aantreft, al schijnt de woekering niet in de spierlaag door te dringen, en dus, zooals Martin meent, van malignen aard te zijn. Eene verklaring van dit eigenaardige verschijnsel gaf Treub reeds in de verhandeling, waarmede ons Tijdschrift zijne reeks opende. De woekering is afhankelijk van stuwing, de atrophie van rekking door den voortgroeienden tumor uitgeoefend.

In de derde plaats heeft Schmal in eenige gevallen de veranderingen nagegaan, welke het slijmvlies van het corpus uteri vertoont, wanneer de portio vaginalis door carcinoom is aangetast. Deze vraag trekt de laatste twee jaar zeer de aandacht. Immers in 1888 beweerden Abel en Landau, dat steeds veranderingen in de mucosa corporis uteri bij carcinoma port. vaginalis konden worden aangetoond, welke als een soort sarcomateuse woekering moesten worden beschouwd. Een vermeerdering van het stroma, het voorkomen van spoelvormige cellen daarin liet naar hunne meening geen andere verklaring toe, dan dat een kwaadaardig proces in het slijmvlies van het corpus uteri zetelde. Daarentegen werd door Eckhardt, door Saurenhaus en meer uitvoerig door Fraenkel wel de waarneming van Abel bevestigd, maar de interpretatie door hem en Landau gegeven bestreden, daar de spoelvormige cellen niets met sarcoom te maken hebben, doch bij elke goedaardige chronische endometritis (scil. slijmvlies-hypertrophie) voorkomen. Ook Schmal bevestigt deze overtuiging op grond van vergelijking van zijne eigene praeparaten met die van diffuse slijmvlies-hypertrophie afkomstig.

Ziehier in het kort de inhoud van deze belangrijke dissertatie. Zij is het produkt van langdurigen arbeid en ijverige studie. Zij heeft bovendien de verdienste goed geschreven te zijn, in verstaanbare taal, zonder te wemelen van germanismen, en is versierd met een vijftal sierlijke platen.

Moge de samenwerking van de Leidsche gynaecologische kliniek met het Boerhave-laboratorium nog menig duister punt in de anatomie der vrouwelijke geslachtsziekten ophelderen.

NIJHOFF.

III.

D. H. N. ADRIANI, *Beknopte Geschiedenis der Keizersnede van 1869 tot 1890.* Proefschrift. Groningen, 1890.

Al telt dit proefschrift ook meer dan 180 pagina's, zoodat deze geschiedenis bezwaarlijk beknopt genoemd kan worden, zoo geeft het toch

niet geheel wat men, op den titel afgaande, er in verwacht zou hebben. Immers wanneer men de geschiedenis eener operatie schrijven wil moet men zich niet bepalen tot de techniek daarvan, maar tevens, zoo niet hoofdzakelijk, telkens den rang aangeven, die zoodanige operatie wordt toegekend: of zij veelvuldig of zeldzaam wordt verricht, de aanwijzing er toe licht gevonden wordt, dan wel niettegenstaande een lange reeks van gewichtige bezwaren slechts noode er toe wordt overgegaan, of zooveel mogelijk in een gegeven geval een andere handelwijze wordt verkozen. En al is het, dat de waarde, die de vox populi aan eene operatie toekent grootendeels berust op de al of niet eenvoudige techniek, de al of niet gunstige prognose, zoo verwacht men toch van den geschiedschrijver meer dan de verzameling van gegevens, noodig om zich een oordeel te vormen over de waarde, welke men op een gegeven oogenblik aan de een of andere operatie hechtte.

Een nauwkeurige statistiek over de sectio caesarea gedurende de jaren waarin zij het meest de aandacht der verloskundigen trok ware zeer gewenscht. Hoe menige operatie is wellicht gedaan, die in andere jaren misschien zou zijn achterwege gelaten, hoe menigmaal zal eene «bedingte Anzeige» tot de operatie bestaan hebben, die op een anderen tijd zou hebben moeten zwichten voor een vracht van bezwaren, welke thans echter licht werden geteld, omdat men òf de operatie reeds tot de onschuldige rekende, òf een nieuwe wijziging in den zin had, die men zoo gaarne wilde toepassen. Het zoude interessant zijn geweest om na te gaan of het aantal kraniotomiën, het aantal opgewekte vroegtijdige baringen in dezelfde mate daalde, als dat der keizersneden steeg. Dat de schrijver niet evenveel tijd en zorg heeft besteed aan deze vragen, als aan de studie van de wijzigingen der techniek, is zeker te betreuren, al wordt daardoor de erkentelijkheid niet verminderd voor de zorg, waarmede hij zooveel data bij elkaar heeft verzameld.

Adriani noteert als het begin van de nieuwe periode in de leer der sectio caesarea het jaar 1869, waarin Simon Thomas voorstelde, steeds en ten allen tijde de gesneden wond in den baarmoederwand te behandelen als elke gewone chirurgische wond n.l. haar te hechten, ten einde de genezing ongestoord te doen plaats grijpen. Door dezen voorslag werd voldaan aan de eischen der chirurgie, mocht de S. C. voortaan beschouwd worden als een operatie, waarop van een wetenschappelijk standpunt niets aan te merken viel. Adriani toont in het eerste gedeelte van zijn proefschrift duidelijk aan, dat niemand vóór Simon Thomas dit beginsel onomwonden heeft uitgesproken, dat een enkele hechting tot bestrijding der bloeding, nu en dan verricht, soms voorgesteld, niet op ééne lijn gesteld mocht worden, met eene reeks van hechtingen uit principe aangelegd, ten einde de genezing per primam intentionem te bevorderen.

Dat de raad door Simon Thomas gegeven niet algemeen ingang vond, is bekend. De jaren 1870—'76 waren voor de S. C. slechte jaren. De operatie werd nog steeds beschouwd als een doodvonnis voor de vrouw, of men hechtte of niet; men zag in de keizersnede met baarmoedernaad niet eene operatie, wier techniek nog verbeteringen eischte, doch wier principe vaststond, maar beschouwde haar als eene, waarbij zoovele

factoren van verschillenden aard tot den dood der vrouw medewerkten, dat elke stap verder een stap in het duister was. Het is geen wonder, dat in die jaren meer over kraniotomie werd geschreven, gestreden werd over de voordeelen van den kranioklast boven den kephalothryptor, dan dat ernstig gepoogd werd voor de sectio caesarea een betere prognose te verkrijgen.

Evenmin is het wonder dat het jaar 1876, waarin Porro voorstelde de baarmoeder te amputeeren, samenviel met den tijd, waarin algemeen en met ernst de beginselen der antisepsis door de verloskundigen werden toegepast. Immers al was de hoofdbedoeling van Porro om door wegneming van den uterus nabloeding onmogelijk te maken, zijn voorslag zou nooit zulk een betrekkelijke populariteit genoten hebben, indien niet in die dagen de redeneering gangbaar geweest was: door het wegnemen der baarmoeder verwijdert men den belangrijksten infectie-haard. Maar evenmin is het te verwonderen, dat de operatie volgens Porro, door sommigen als «der moderne Kaiserschnitt» begroet, anderen aanspoorde om pogingen te doen, ten einde de klassieke sectio caesarea in eere te herstellen. Immers dat wondhechting wondgenezing verzekerde begon langzamerhand een axioma te worden, de «verzonken» hechtingen werden mogelijk gemaakt door het gebruik van a- zelfs antiseptisch catgut, het gebruik van jodoform en sublimaat, het weglaten van den carbolspray maakten de techniek der antisepsis eenvoudiger — het inzicht in de wijze, waarop wond-infectie tot stand komt werd juist in die dagen dieper. Men kon bovendien, geleerd door de ervaringen bij ovariotomieën, maar vooral bij hysterotomieën opgedaan, voor de sectio caesarea eene techniek «aufbauen», die haar zou maken tot een operatie, die geen wisselvallige kansen op genezing gaf, maar een zeker gunstige prognose deed verwachten, wanneer slechts zuiver antiseptisch gehandeld en de wond, die men maakte, goed gehecht werd.

Aan Sänger te Leipzig komt de eer toe, de beweging tot herstel der klassieke sectio caesarea te hebben aangewakkerd. Hij bouwde een schema van operatie op, dat wel aan alle theoretische eischen voldeed en ook praktisch uitvoerbaar was, maar door de ondermijning der serosa, de resectie der spierlaag van den uterus, den symperitonealen naad te gecompliceerd was. Sänger's wijze van opereeren, het eerst door Leopold in practijk gebracht, was te omslachtig; zij werd vereenvoudigd door Sänger zelf, door Leopold, door Schroeder en door Fritsch. Telkens werd in een der handboeken, waarin de methode beschreven werd, de techniek van een ondoelmatige of onnoodige complicatie verlost, en de sectio caesarea daardoor op het huidige oogenblik nagenoeg gelijk aan de ouderwetsche. Slechts vreest men niet, zoo noodig, een groote buikwond te maken, omsnoert men al of niet den baarmoederhals (adhuc sub judice lis est), maar hecht men steeds de baarmoederwond op de meest nauwkeurige wijze. Dat de strijd in de geheele chirurgische wereld over het beste hecht-materiaal gevoerd, ook dit terrein bereikte, spreekt wel van zelf; daardoor werden na het zilverdraad, sublimaat-, chroomzuur- en juniperus-catgut, fil de Florence (silkwormgut) gepreconiseerd, doch keerden ten slotte de meeste operateurs tot gesteriliseerde zijde terug, dat, al is het langzaam, ten slotte geresorbeerd

wordt. Zoo werd de klassieke sectio caesarea ten slotte weder een operatie, die betrekkelijk gemakkelijk te verrichten is, terwijl de methode van Porro thans nog niet die wijzigingen heeft ondergaan, die ook voor haar den tijd der proefnemingen doen eindigen.

Porro bracht de stomp, die na amputatie van den uterus overbleef, buiten de buikholte en liet haar met den constrictor aldaar liggen, ongeveer op dezelfde wijze als vroeger de steel van een ovariaal-tumor door den clamp werd gefixeerd. Dat de stomp bij deze extra-peritoneale behandeling (men zou ze ook extra-abdominale kunnen noemen) gedurende den langen tijd die tot hare afstooting verliep, en ook later een nauwkeurige behandeling vereischte is duidelijk, evenzeer dat een reeks van verschillende caustica (ijzerchloried in substantie, chloorzink, pâte canquoin, jodoform-tannine) er op werden geappliceerd om haar te doen mummificeeren, maar dit is weinig principieel. Van grooter beteekenis is echter, dat Hegar voor de stomp na hysterotomieën een behandeling aanbeval, die de afsluiting van het peritoneum verzekerde, door de stomp onder de ligatuur aan het peritoneum parietale te hechten. Daardoor werd behoorlijke afsluiting van de peritoneaal-holte verkregen en het gevaar voor secundaire infectie door necrose van de stomp verminderd. Dit beginsel werd op de Porro-operatie met succes toegepast. Toch was men er niet mede tevreden. Men ziet na eene laparotomie natuurlijkerwijze liever een gesloten buikwond, die per primam geneest en bijna elke nabehandeling onnoodig maakt, dan dat men gedurende langen tijd de genezing van een ulcereerende of granuleerende wondvlakte moet controleeren, die na afstooting van het afgesnoerde gedeelte van de stomp overblijft. Men trachtte ook de stomp na sectio caesarea op zoodanige wijze te behandelen, dat zij zonder gevaar in de buikholte kon worden teruggebracht, echter niet zonder op grootere moeilijkheden te stuiten dan bij de myomotomieën. Immers men meende grooter gevaar voor gangreen te hebben en dorst daarom tot nu toe niet eenvoudig de stomp met jodoform te bestrooien en met de elastieken ligatuur los te laten, zooals Treub met succes bij zijn myomotomiën doet, maar hecht nog steeds de stomp in étages en bedekt haar door peritoneum om voldoende afsluiting te verkrijgen. Of later het simplex ook hier het sigillum veri zal blijken, kan thans nog niet worden uitgemaakt.

Wanneer men in het kort wil weergeven hoe thans de techniek der klassieke sectio caesarea staat tegenover die der Porro-operatie, dan kan men m. i. dit zeggen.

Bij de klassieke sectio caesarea is nog niet geheel beslist:

1°. Wanneer men moet opereeren; — naar o. a. Treub meent en van der Meij betwijfelt, zal atonie van de baarmoeder kunnen ontstaan, wanneer men opereert, vóórdat krachtige samentrekkingen zijn opgetreden.

2°. Of en hoelang men den baarmoederhals met een elastieken ligatuur zal kunnen omsnoeren. Niet ten onrechte wordt m. i. een atonie der baarmoeder na lange omsnoering toegeschreven aan drukking op de zenuwen die langs en in den baarmoederhals zich bevinden.

Door een zorgvuldige vergelijkende statistiek van gevallen, waarin een dezer beide punten het eenige verschil in de techniek uitmaken, kan

dunkt mij in korten tijd het pleit worden beslist en zal de klassieke sectio caesarea eene «fertige Operation» zijn.

Daarentegen aarzelt men bij eene Porro-operatie nog steeds tusschen extra- en intra-peritoneale behandeling van de stomp. De extra-peritoneale behandeling is duidelijk omschreven: elastische ligatuur, hechten van het peritoneum van de stomp onder de ligatuur van het peritoneum parietale, *droge*, antiseptische behandeling van het necrotische stuk, behandeling der granuleerende wondvlakte, die achterblijft. Daarentegen is men ten aanzien der intra-peritoneale behandeling nog alles behalve klaar. De stomp laten glippen, uitsluitend verzekerd door een elastische ligatuur, na desinfectie der cervix-holte, schijnt men nog niet aan te durven; étage-naad, met of zonder partieele onderbindingen, bedekking van de stomp door middel van een peritoneaal-manchette, zelfs inversie van de stomp naar de vagina en afsluiting naar boven toe, worden nog aangeraden. Wat hiervan te verwachten is, kan, dunkt mij, thans nog niemand zeggen.

Wanneer men door met aandacht kennis te nemen van hetgeen over deze question brûlante in den loop der laatste 10 jaren verschenen is, gekomen is tot een oordeel als het mijne, en in dat oordeel versterkt wordt door het lezen van het historische gedeelte der dissertatie, dan verbaast men zich over de laatste pagina's, waarin de Schrijver zijn oordeel tracht te resumeeren. Immers daarin wordt de Porro-operatie als de operatie der toekomst beschouwd.

Adriani noemt de volgende bezwaren tegen de klassieke sectio caesarea.

1°. het toch altijd bestaande gevaar voor ruptura uteri bij eene volgende baring.

Dit bezwaar werd door P. Müller opgeworpen, maar kon in 1884 alleen betrekking hebben op S. C. zonder behoorlijke antisepsis of zonder nauwkeurige hechting van de baarmoederwond verricht. Hetzelfde geldt van Krukenberg's bekende verhandeling over oude litteekens na S. C.

2°. het gevaar voor vergroeiing van den uterus met den voorsten buikwand.

Dit gevaar is niet zoo groot als het wel schijnt en kan voorkomen worden door het net «netjes over de darmen uit te spreiden», evenals men na elke laparotomie ter beschutting van de darmen tracht te doen.

3°. het gevaar voor nabloedingen ex atonia uteri.

Dit is een punt, zooals ik schreef, dat nog aan twijfel onderhevig is.

4°. het gevaar, dat een nieuwe conceptie met zich brengt, al is dit door de goede resultaten der S. C. dan ook zeer verminderd.

Ik geloof niet dat de Schrijver, tenzij hij in een herhaling vervalt van punt 1, dit bezwaar in ernst zal kunnen volhouden. Immers meent hij, dat geene vrouw, die de sectio caesarea ondergaat, aan de kans eener nieuwe graviditeit mag worden blootgesteld, dan zou de klassieke sectio caesarea veel gelijken op een experimentum in corpore vili, en zou men òf altijd Porro's operatie moeten verrichten òf steeds door afbinding of doorsnijding der tubae voor steriliteit moeten zorgen. Waarom hij bij afbinding der tubae, zoo-

als Simon Thomas voorstelde en Kouwer in een geval van sterke bekkenvernauwing deed, de climax praecox met zwarte kleuren schildert en haar als een gering bezwaar vermeldt bij de Porro-operatie, is niet recht duidelijk. Maar er is meer:

1°. is herhaling der sectio caesarea bij eene zelfde patient niet bijzonder gevaarlijk. Nog onlangs werd dit in de Berliner Gesellschaft für Geburtshülfe und Gynäkologie algemeen beaamd.

2°. is eene vrouw, bij wie eenmaal S. C. is verricht, volstrekt niet altijd genoodzaakt haar voor de tweede maal te ondergaan. Zeer zeker is in de laatste jaren «aus bedingter Anzeige» bij menige vrouw sectio caesarea verricht, om perforatie van een levend kind, misschien wel een gevreesde versie en extractie te ontgaan, die weder zwanger geworden, evenals twee patienten van Schultze met succes vroegtijdig van een levensvatbaar kind kon worden verlost. Bovendien komen gevallen voor, waar een *tijdelijke* stoornis b. v. een ingeknelde ovariaal-tumor, verlossing langs den natuurlijken weg onmogelijk maakt, terwijl een volgende verlossing zonder stoornis en natuurlijk afloopt.

5°. «het bezwaar om voor het optreden van krachtige weeën te kunnen «opereeren, laat staan dus reeds gedurende de zwangerschap, waar«door dus het voordeel van een stellig nog aseptisch genitaal-kanaal «moet worden prijsgegeven.»

Ik weet niet hoe ik het nu met den Schrijver heb. Wanneer een operateur eene patiente *kan* opereeren vóór den aanvang der baring, natuurlijk omdat hij ze *dan reeds* onder contrôle heeft, b. v. in zijne kliniek, is het dan voor hem onmogelijk om te wachten totdat er weeën zijn en tegelijkertijd te zorgen dat het genitaalkanaal aseptisch blijft? Men bewake de vrouw, toucheere haar niet en overtuige zich zoo noodig door uitwendig onderzoek van de aanwezigheid en aard der weeën.

En op deze gronden wordt door Adriani aan de Porro-operatie beslist de voorkeur gegeven boven de klassieke sectio caesarea. Zij is volgens hem de methode der toekomst. Toch twijfelt hij er niet aan of nog geruimen tijd zal de klassieke S. C. door de meeste operateurs wel begunstigd worden. Met het laatste ben ik het natuurlijk geheel eens. Dit neemt natuurlijk niet weg, dat beide operaties strikt genomen niet als concurrenten mogen beschouwd worden. Dat men uit wanhoop den geheelen uterus verwijderde was in 1876 te begrijpen, maar thans niet meer. Zoodra de vrees voor het achterblijven der baarmoeder niet meer bestaat, is hare verwijdering niet geïndiceerd. Slechts in bepaalde gevallen, wanneer hetzij sepsis, hetzij bloeding, hetzij een zieke baarmoeder, hetzij osteomalacie maken, dat men tevens curatief wil inwerken, offere men de baarmoeder op, maar bedenke wel, dat eene vrouw zonder uterus evenzeer gecastreerd is als eene zonder ovariën. Men kan zoowel zeggen: *Mulier propter solum uterum*, als: *propter solum ovarium mulier est.* Na wegneming van den uterus atrophieeren de ovariën even snel, als de baarmoeder dit doet na castratie.

Indien de Schrijver wat meer had gelet op de verhouding tusschen S. C. en andere operatiën, wat meer systematisch de onderdeelen van het vraagstuk had gerangschikt, een register aan zijn werk had toegevoegd

en liefst de conclusie, waartoe hij komt, had achterwege gelaten, dan zou mij zijne Dissertatie nog liever zijn geweest. Toch is zij een uitvoerige bespreking waard, verdient zij door den schat van literatuur en feiten, die men er in vindt, gelezen en nageslagen te worden, en behoort zij tot die dissertatiën, die men met een hartelijk welkom begroet, omdat zij getuigen van ijver en kennis. Wanneer iemand van zijne dissertatie zooveel werk maakt als Dr. Adriani, is te verwachten, dat zijn eerste opus niet het eenige zal blijven. Het schrijven der histoire contemporaine is aantrekkelijk maar moeilijk, het eischt veel tijd en het doorworstelen van een groote massa meestal ongenietelijke schrijverij, maar het is dankbaar omdat men er een nuttig werk mee verricht.

NIJHOFF.

IV.

G. M. KRUIMEL, *Verslag der Verloskundige Kliniek en Polikliniek van het Rijks-Academisch ziekenhuis te Leiden, gedurende den cursus* 1885—1886. Dissertatie Leiden 1890.

Van deze dissertatie valt weinig te zeggen. Zij completeert de reeks der verslagen door Prof. Simon Thomas begonnen, zoodat met deze de opvolgende deeltjes een nauwkeurig overzicht geven van hetgeen onder zijne leiding geschiedde. Het vervolgen dezer reeks verslagen onder leiding van Prof. Treub, werd door mij reeds bij het aankondigen der dissertatie van Dr. C. Metzlar met dankbaarheid vermeld.

NIJHOFF.

V.

H. F. P. MAASLAND, *Beitrag zur Behandlungsmethode von Blutsanhäufungen im atretischen, weiblichen Genitaltractus.* Dissertatie. Freiburg, Mai 1890.

De Schrijver neemt een geval van atresie der baarmoeder in de kliniek van Prof. Treub geobserveerd en geopereerd tot grondslag voor zijne dissertatie.

Een jong meisje van 17 jaar had sinds twee jaar om de vier weken molimina menstruationis zonder ooit gemenstrueerd te hebben. Bij onderzoek bleek de vagina te zijn afgesloten. Nader onderzoek leerde, dat tusschen blaas en rectum zich slechts een bindweefselstreng bevond ter dikte van een pijpensteel, terwijl daarboven een tumor te constateeren was, ongeveer van den vorm van een viool, en ter grootte van een mansvuist. Rechts daarvan was een meer knobbelige tumor in de excavatio recto-uterina te voelen. Aan de linkerzijde schenen de adnexa normaal.

Op grond der diagnose: defectus vaginae, haematometra en haematosalpinx unilateralis dextra, besloot Treub, in ieder geval de haematosalpinx, misschien en zoo mogelijk ook de haematometra, door middel van laparotomie te verwijderen.

De operatie geschiedde en de patient genas. En de baarmoeder èn de

adnexa werden verwijderd. Twee zaken trokken hierbij de aandacht. 1°. De wand van de baarmoeder was enorm verdikt, de baarmoederholte vrij sterk uitgezet, terwijl daarentegen de wanden der met bloed gevulde rechter tuba dun waren, zelfs bij het voorzichtig lospellen van den bloedzak berstten. 2° De inhoud der baarmoeder was dik, siroopachtig rood en tamelijk helder, die van de tuba daarentegen was, zoolals Heilbut (een door Dr. Maasland geciteerd auteur) in ongeveer even sierlijk Latijn zegt, als het Duitsch is, waarin deze dissertatie geschreven werd: «Sanguis chocolate similis».

Uit dit verschil in inhoud tusschen baarmoeder en tuba, en uit het ontbreken van eenigen inhoud in de linker tuba, tracht Dr. Maasland af te leiden:

a) dat het menstruale bloed, dat physiologisch uit de tuba wordt afgescheiden, *niet* tot de haematosalpinx geleid heeft, want de linker tuba was ledig;

b) dat het bloed niet uit de baarmoeder is teruggestuwd, want de aard van den inhoud der tuba is geheel verschillend van die der baarmoeder;

c) dat waarschijnlijk een vicarieerende bloeding heeft plaats gehad in de tuba, zooals Schroeder reeds vroeger aannam.

Deze vraag had door den Schrijver nauwkeuriger en uitvoeriger kunnen worden behandeld. Zij is er toch belangrijk genoeg voor, daar ons tot nog toe een meer dan op hypothesen berustende theorie van de werkzaamheid der tubae gedurende de menstruatie ontbreekt.

Uitvoeriger is de Schrijver over de therapie der atresia uteri met defectus vaginae. Hij keurt ten strengste de handelwijze van Breisky, bedoelende door stompe dilatatie en losmaking een nieuwe vagina te maken, af, niet alleen omdat daarbij asepsis moeilijk behouden kan worden, maar vooral omdat het tiraillement aan den dunwandigen tubair-zak zoo licht tot bersting aanleiding geeft. Bovendien is de operatie zelve met groote gevaren voor verwonding van blaas en rectum verbonden, en mag men, nu de vrees voor de laparotomie als zoodanig geweken is, den algemeenen chirurgischen regel volgen om organen te verwijderen, die zonder nut te doen, slechts tot bezwaar en gevaren aanleiding geven. Niet zonder emphase deelt Maasland een reeks van gevallen mee, waarin met succes de laparotomie werd verricht, n.l. één van Sänger (Groningen), een van Schroeder, een van Chapman, twee van Leopold, een van Sutugin, van Kehrer, van Gusserow en van Stratz, en waarbij sommige malen na een «Täuschung in der Diagnose», andere malen opzettelijk de haematosalpinx werd verwijderd, de haematometra daarentegen in situ werd gelaten. De moeilijkheid om een der ovariën geheel te verwijderen, deed Treub besluiten, ook de baarmoeder te verwijderen.

De toon dezer dissertatie is over het algemeen wat te hoog gestemd, de stijl weinig verzorgd, de taal Hollandsch-Duitsch en de correctie erbarmelijk. De eigennamen komen er in deze dissertatie slechts iets beter af dan in de meeste Fransche geschriften. Zou het niet wenschelijk zijn, dat Hollandsche studenten, die in Duitschland promoveeren, wat meer werk van deze zaken maakten, opdat de Freiburger en Heidelbergsche Hoogleeraren gunstiger oordeelen over den graad der beschaving van

onze medici, die door hun tusschenkomst den doctorstitel trachten te verkrijgen?

NIJHOFF.

VI.

J. W. C. KERN, *Een Beitrag zur Kenntniss grosser Cervicalmyome.* Diss. Freiburg Juli 1890 (uit de kliniek van Prof. Treub).

Dr. Kern is te Freiburg gepromoveerd na verdediging eener dissertatie, die een geval uit de kliniek van Prof. Treub tot onderwerp heeft.

Bij een 52jarige multipara (14 kinderen, de laatste vóór 9 jaar), die sints eenige jaren over pijn, later over voorbijgaande bezwaren in de urineloozing klaagde, was in den laatsten tijd ook de menstruatie onregelmatig en profuus geworden.

Bij onderzoek was de buik sterk uitgezet door een grooten tumor, met een hobbelige oppervlakte van tamelijk vaste consistentie. Naar boven is de tumor duidelijk af te grenzen. Meer naar links van de mediaan-lijn tusschen navel en symphysis pubis bevindt zich een ongeveer eigroot appendix, dat tamelijk week is en van waaraf duidelijk voelbaar naar rechts en links strengen afgaan. Vorm en ligging, consistentie en contractie bij herhaalde aanraking bewijzen dat dit *appendix is de sterk naar boven getrokken uterus.* Gedurende de contractie komt het appendix meer verticaal op den tumor, quasi in erectie, te staan.

Men voelt normale ovariën. In de vagina stuit men op den tumor met den gladden vaginaal-wand bekleed. Men kan den tumor niet geheel uit het kleine bekken omhoog schuiven, maar bij de beweging gaat het appendix (uterus) mede. De portio vaginalis uteri is niet te voelen. De blaas ligt geheel boven de symphysis rechts van den uterus, bij vulling wijkt de uterus naar links uit. De diagnose luidde dus: fibromyoma van de achterlip van den cervix.

Laparotomie: De tumor wordt onmiddellijk zichtbaar en is niet geadhaereerd. De aspectie bevestigt de diagnose. Het peritoneum reikt naar achteren tot diep in het kleine bekken, het wordt aan de achterzijde ingesneden, daarna wordt beproefd den tumor los te pellen, hetgeen over een vrij groote uitgestrektheid gelukt, nadat de boveneinden der ligamenta lata reeds door zijden ligaturen zijn afgebonden en doorgesneden. Aan de voorzijde wordt boven de blaas een incisie in het peritoneum gemaakt, en de blaas zonder moeite voor een goed deel teruggeschoven. Daarna worden de ligamenta lata aan weerszijden zoo ver stomp losgepraepareerd, dat de Arteriae uterinae zichtbaar worden en kunnen worden onderbonden. Toen men niet verder kon lospellen, wordt beproefd het bekleedsel aan de achterzijde wat verder te incideeren, waarbij de vagina geopend wordt. Deze werd daarop rondom met de schaar afgeknipt, waardoor de tumor, die met een zeer stevig en dik aanhangsel in de vagina scheen te zitten, kon worden verwijderd. De bloeding is gering. De geheele vaginaal-wand werd van de buikholte uit met zijden draden gesloten, zoodat de wondvlakten elkaar aanraakten. In de holte boven de vagina, waaruit het myoom was weggenomen, werd een lange

streep jodoform-gaas geschoven, die in den ondersten wondhoek te voorschijn kwam. Het overige gedeelte van de buikwonde werd met diepe en oppervlakkige zijden hechtingen gesloten. Jodoform en comprimeerend verband. De temperatuur was na de operatie zeer laag, 34.8, de pols nauwelijks merkbaar.

Bij lage temperatuur en frequenten pols stierf de patient 6 dagen na de operatie onder verschijnselen van collaps. De buik was te voren tympanitisch uitgezet.

Bij sectie werd niets gevonden, wat den dood verklaarde, behalve een belangrijke mitraal-stenose. De vraag of hieraan de ongunstige afloop moet worden geweten, wordt niet geventileerd. De tumor was 30 cm. lang, 25—16 cm. breed, 52 cm. in omtrek over de grootste dikte, en ging, zooals reeds was gediagnosticeerd, van de achterlip van den cervix uteri uit.

Na deze mededeeling refereert Kern eenige gevallen van groote cervicaal-myomen, n.l. van Wenzel, Fürth, Boivin en Dugès, Murray, Virchow, 5 gevallen van Breisky, Spiegelberg (Sectio caecarea wegens een grooten retrouterinen tumor, die later bleek van den cervix uteri uit te gaan), Gussenbauer, Spaeth en Schroeder, en wijdt hij een paar bladzijden aan de symptomatologie, diagnose en de therapie van deze gezwellen. Wat deze betreft, laat de Schrijver de behandeling met ergotine, de galvanisatie, de castratie en de ablatie van den tumor de revue passeeren, om tot de conclusie te komen, dat in dit geval niets anders gedaan kon worden dan het laatste, daar de vrouw reeds den klimacterischen leeftijd bereikt had.

Als aanhangsel tot zijne dissertatie refereert Kern eenige gevallen van complicatie van uterus-fibromen met zwangerschap, op twee na aan Lomer ontleend.

NIJHOFF.

VEERTIENDE JAARVERSLAG

VAN DE VEREENIGING TOT HET VERLEENEN VAN BUITENGEWONE VERLOSKUNDIGE HULP VOOR DEN KLEINEN BURGERSTAND

te 's Gravenhage

(van 1 Juli 1889—30 Juni 1890).

Het personeel voor zooverre de verloskundigen betreft bleef onveranderd. Eene vroedvrouw werd wegens verregaande bedriegerijen ontslagen, twee nieuwe, Mejuffrouw Bruggeman en Pronk werden aan de vereeniging verbonden. Er werden ingeschreven 2254 vrouwen, voor welke in het geheel 284 maal hulp werd gevraagd.

Van deze 284 vrouwen stierven 5, waarvan echter 3 in het ziekenhuis, 2 zonder door ons verlost te zijn, en eene, welke na forcipaal verlost te zijn wegens ecclampsie, nog meerdere aanvallen kreeg, naar het ziekenhuis werd getransporteerd en in een ecclamptischen aanval overleed. Onder onze behandeling kwamen twee sterfgevallen voor, namelijk van eene vrouw (IV) aan apoplexie vóór het einde der graviditeit, en van eene (X) welke eene hevige haemoptoë had gehad, en waar placenta praevia was.

In de 284 gevallen waar hulp werd gevraagd werden 287 kinderen geboren; er werd dus minder hulp verzocht bij tweelingen dan in vorige jaren. Van deze 287 kinderen werden 29 doodgeboren en stierven 8 binnen 24 uur. Van de 29 doodgeborenen waren 3 gemacereerd, 12 immatuur, 4 bij abortus, één van gemelli (5de maand) door omstrengeling tijdens de graviditeit, 2 door perforatie, 3 door prolapsus funiculi, waarvan een door de vroedvrouw geëxtraheerd, één bij placenta praevia, één bij moeilijke forcipale extractie bij aangezichtsligging, ééne waarschijnlijk door het toedienen van secale cornutum door de vroedvrouw, één door verzuimde dwarsligging, twee door onbekende oorzaken. Van de 8, binnen 24 uren gestorven, waren 4 asphyctisch geboren, die ondanks vele pogingen niet tot ademen gebracht konden worden, één acephaal met spina bifida enz., één zesmaandsch kind dat 3 uur leefde, één bij placenta praevia dat na één uur stierf, één na een zware forcipale extractie, dat na 24 uren stierf.

Eén zeer asphyctisch kind kon in het leven teruggeroepen worden. Bij één kind ontstond fractura femoris, bij een ander fractura claviculae, welke beide na aangelegd verband genazen.

In 41 gevallen, waar hulp werd gevraagd, was deze onnoodig; 24 maal vonden wij het kind reeds bij onze komst geboren. De overige gevallen waren partus immaturus, tweemaal abortus, één billigging, tweemaal krampweeën zonder dat de partus was aangevangen, een vermeende voorhoofdsligging, 5 maal haemorrhagie post partum of adhaesio placentae,

welke niet aanwezig bleek te zijn, en eenmaal voor een vermeende placenta praevia, N. B. zonder bloeding. Eenmaal werd nog het onderzoek gevraagd voor een vermeend nauw bekken dat echter normaal bleek en waarvan de bezitster later zonder kunsthulp voorspoedig beviel.

120 maal kon de hulp therapeutisch zijn; 83 maal werd wegens atonie, langen duur of zwakke buikpers secale cornutum gegeven, hetgeen in 15 gevallen niet voldoende was, maar in 13 gevallen door forcipale extractie, éénmaal door versie en extractie, en éénmaal door het lospellen van de placenta moest gevolgd worden. Zesmaal werd therapeutisch gehandeld, waar vrees bestond voor het optreden van haemorrhagie p. p.; 15 maal wegens krampweeën of spasmus uteri, eenmaal wegens dolores vóór het optreden van de baring, eenmaal wegens haemorrhagie a. p., 2 maal wegens haemorrhagie durante partu, waarvan eens bij abortus, 8 maal wegens haemorrhagie p. p. (eenmaal 3den dag na den partus) eenmaal wegens ecclampsie post partum.

In het geheel werden 143 operaties gedaan bij 140 vrouwen; hierbij stierven 19 kinderen en 5 vrouwen (3 in het ziekenhuis). Van de 19 kinderen waren reeds 6 dood vóór de operatie, één stierf tijdens de extractie bij voetligging door de vroedvrouw verricht, 2 bij forcipale extractie bij vernauwd bekken, waarvan het eene in aangezichtsligging was geplaatst, 2 bij versie en extractie wegens dwarsligging, 4 bij perforatie (2 in ziekenhuis, één hydrocephalus), één bij extractie bij billigging, één werd dood gevonden bij sectio caesarea post mortem.

De operaties waren:

80 forcipale extracties.
23 versies en extracties.
10 extracties bij voetligging.
9 » bij billigging.
2 perforaties.
1 sectio caesarea post mortem.
1 partus arte praematurus.
2 hechtingen bij ruptura perinei.

Van de 80 forcipale extracties werden er 41 bij primiparae en 39 bij multiparae verricht.

Wegens vernauwing van het bekken 15 maal; in twee gevallen van aangezichtsligging gelukte de extractie niet, zoodat later perforatie werd gedaan; wegens atonie of langen duur 35 maal; wegens onvoldoende buikpers 4 maal; wegens bijzonder groote kinderen 5 maal, wegens zeer rigiden bekkenbodem 2 maal en eenmaal wegens groote gevoeligheid van de geslachtsdeelen. Tweemaal was de lange duur duidelijk het gevolg van omstrengeling van den hals door de navelstreng, welke in één geval driemaal daaromheen gewikkeld was.

Achterhoofdsligging vereischte 4 maal, aangezichtsligging 5 maal, voorhoofdsligging 5 maal, kruinligging 1 maal, niet volbrachte spildraai 2 maal, scheeve stand van het hoofd 2 maal, prolapsus funiculi 2 maal, ecclampsie éénmaal de forcipale-extractie.

Bij deze operaties stierven 6 kinderen, 2 nadat perforatie plaats had, één was dood voor de operatie door omstrengeling, één bij aangezichtsligging en plat bekken, één bijzonder groot kind bij hoogen stand van

het hoofd. Een kind wegens atonie, bij vernauwd bekken forcipaal geëxtraheerd, werd asphyctisch geboren en kon niet worden bijgebracht.

Door ons werd tweemaal perforatie verricht, eenmaal bij hydrocephalus, en eenmaal bij een niet te ontwikkelen nakomend hoofd bij een plat bekken (VIII).

23 maal werd versie en extractie gedaan, waarbij 10 kinderen dood, 13 levend werden geboren. Een kind werd asphyctisch geboren en kon niet worden bijgebracht; 7 waren reeds dood vóór de operatie, waarvan één bij placenta praevia, één bij prolapsus funiculi, de 5 overige bij schouderliggingen. Eén kind stierf bij de extractie na een verwaarloosde schouderligging, één werd geperforeerd, toen de extractie van het hoofd niet gelukte.

De operatie geschiedde:

11 maal bij schouderligging waarvan 3 maal met prolapsus manus, 1 met prol. brachii et manus, 1 met prolapsus funiculi;
1 maal bij dwarsligging met prolapsus funiculi en prol. manus;
1 » bij hoofdligging met prolapsus funiculi;
5 » bij placenta praevia met hoofdligging;
4 » bij hoofdligging in plat bekken.

Billigging kwam in het geheel 13 maal voor, 9 maal werd extractie gedaan; éénmaal waren gemelli beiden in billigging geplaatst en werden spontaan geboren, één kind werd eveneens spontaan geboren, en één dood geëxtraheerd door de vroedvrouw. De 9 door ons geëxtraheerde kinderen werden levend geboren. Eenmaal werd de stompe haak gebruikt om den rug naar voren te draaien en de baring verder aan de natuur overgelaten. De stompe haak werd nog tweemaal voor de extractie gebruikt. Driemaal werd een voet afgehaald en daaraan de extractie verricht, in twee van deze gevallen was er tegelijk voet- en billigging. Een geval van extractie was bij een partus praematurus.

Voetligging kwam 5 maal voor, waarvan 2 maal gecombineerd met billigging en 2 maal met prolapsus funiculi. Eenmaal werd de voet naar buiten gehaald en daarna de baring aan de natuur overgelaten, viermaal werd extractie verricht. Alle kinderen werden levend geboren.

Sectio caesarea werd éénmaal verricht na den dood der moeder (III).

Partus arte praematurus kwam eenmaal voor (VI).

Wat de liggingen der kinderen betreft valt nog te vermelden:

aangezichtsligging 7 maal, welke geen van alle natuurlijk verliepen. 4 kinderen werden levend geboren door forcipale extractie, één door versie en extractie, de andere stierven;

voorhoofdsligging 7 maal, waarvan 2 natuurlijk verliepen, de overige 5 kinderen werden levend per forcipem geëxtraheerd;

kruinligging éénmaal, het kind werd levend met de forceps geëxtraheerd;

dwarsligging achtmaal, waarvan 4 met prolapsus manus, één met beide handen, één met arm en hand, twee met prolapsus funiculi. Eénmaal was het kind gemacereerd, één werd asphyctisch geboren en kwam niet bij, één stierf na een uur, de overige 5 werden levend geboren.

Prolapsus funiculi kwam 10 maal voor, te weten:

3 maal bij voetligging, waarvoor extractie werd gedaan;

1 maal bleef ons de ligging onbekend; een dood kind werd door de vroedvrouw geëxtraheerd;
1 maal bij schouderligging van een 8 maands kind dat levend door versie en extractie geboren werd;
1 maal bij schouderligging met uitgezakte hand; kind levend door versie en extractie geboren;
4 maal bij hoofdligging, waarvoor 2 maal forcipale extractie werd gedaan van levende kinderen, éénmaal versie en extractie van een vóór de operatie gestorven kind, éénmaal was het kind spontaan doodgeboren vóór onze komst.

Placenta praevia kwam 5 maal voor, steeds bij hoofdligging, 4 maal centraal, 1 maal marginaal. Steeds werd versie en extractie verricht. In 4 gevallen werden de kinderen levend geboren, waarvan er één na een uur stierf.

In één geval was het kind reeds dood vóór de operatie en stierf de vrouw (X).

Ecclampsie kwam 1 maal voor durante partu; forcipale extractie van levend kind. De ecclampsie bleef ook na den partus bestaan, de vrouw werd wegens gebrek aan verpleging opgenomen in het ziekenhuis, waar zij tijdens een aanval stierf.

Voor abortus werd 4 maal hulp gevraagd; in één geval in de 4de en één in de 5de maand behoefde niets gedaan te worden; in één geval was na de uitstooting der vrucht wegens haemorrhagie toediening van pulv. secal. cornut. aangewezen. Een geval in de 2de maand, dat door de vroedvrouw voor placenta praevia werd gehouden, vereischte ook geen ingrijpen.

Adhaesio placentae kwam 16 maal voor, in welke gevallen de secundinae met de hand losgepeld en verwijderd werden. Eénmaal was er een hevige strictuur, die eerst door een gift laudanum opgeheven werd. Eenmaal was ten gevolge van lues eene vergroeiing vrij innig.

Voor haemorrhagieën werd 23 maal hulp gevraagd, waarvan 19 maal post partum, 3 maal durante graviditate in 5de, 6de en 7de maand, welke alle tot staan kwamen, 1 maal in de 4de maand, waar abortus optrad. 2 Maal behoefde niets gedaan worden; in de overige gevallen werd secale cornutum of ergotine inwendig of subcutaan gegeven of jodoformgaas-tamponnade verricht.

Wegens ruptura perinei verleenden wij tweemaal hulp; beide kwamen na hechting p. p. i. tot genezing.

Van invloed der influenza namen wij waar bij eene vrouw hyperaesthesie van de genitalia, bij een andere krampen vóór het einde der zwangerschap, geheel als weeën.

Gevallen welke een of ander meldenswaardigs hebben zijn:

I. Eene 24jarige I-para is in partu en gedurende reeds 1½ dag blijft de stand van het hoofd dezelfde. De vrouw wordt gevonden in een klein kastvormig slaapvertrekje, vrij uitgeput. Het hoofd is met een groot segment vast in den ingang; het groote caput succedaneum komt tijdens de weeën tot bijna in de schaamspleet. De baarmoedermond is nog te voelen ingeklemd tusschen hoofd en bekkenwand. De vrouw wordt op een wankelende tafel in het nevenvertrek gelegd en de forceps aangelegd. De krachtigste tracties zijn niet in staat eenige verandering teweeg te

brengen. Pogingen van een in de buurt wonend collega blijven even vruchteloos. Daar aan perforatie in deze slechte localiteit en omstandigheden niet te denken viel en de verpleging in het kraambed zeer veel zoude te wenschen overlaten, werd de vrouw per rijtuig naar het ziekenhuis gebracht, waar in narcose nogmaals vruchtelooze pogingen tot forcipale extractie werden gedaan, en eindelijk keering met perforatie van het nakomend hoofd werd verricht. De vrouw stierf 36 uur later.

II. Eene 23jarige I-para met algemeen te klein bekken is in partu; het kind ligt met het aangezicht voor. Vergeefsche pogingen tot forcipale extractie en tot keering worden aangewend. Daar de vrouw aan een der uiteinden van de stad woont en meerdere hulp niet gemakkelijk te verkrijgen is, wordt zij naar het ziekenhuis overgebracht. Hier worden op nieuw pogingen aangewend tot forcipale extractie en versie met geen ander resultaat dan dat twee voeten naast het hoofd worden afgehaald; daarna wordt het hoofd geperforeerd door het voorhoofd en het kind aan de voeten afgehaald. De vrouw sterft eenige uren later door collaps.

Voorzeker zoude het o. i. in geval I en II beter geweest zijn dat niet op nieuw pogingen tot forcipale extractie en versie waren gedaan, maar dadelijk perforatie en extractie met den cranioklast ware verricht. Misschien is de oorzaak daarin gelegen dat van onze zijde niet genoegzame inlichtingen werden verschaft, over wat reeds geschied was.

III. Eene 42jarige multipara, welke 7 à 8 maanden zwanger is, wordt door een aanval van apoplexie getroffen en sterft ten gevolge daarvan. Na den dood wordt op verzoek der geestelijkheid bij deze katholieke vrouw onze hulp ingeroepen, ten einde te trachten het kind te redden. Eenige uren na den dood der vrouw, daar niet eerder de hulpaanvrage geschied was, werd de sectio caesarea verricht en een dood kind geëxtraheerd.

IV. Bij eene eerstbarende wordt door de vroedvrouw onze hulp ingeroepen, daar zij in twijfel verkeert of zij met bil- of dwarsligging te doen had. Bij het eerste onderzoek des morgens ten 9½ ure vinden wij afgeloopen vruchtwater; kleine deelen zijn bij uitwendig onderzoek links boven te voelen, harttoonen worden rechts gehoord; bij inwendig onderzoek blijkt het bekken algemeen vernauwd te zijn, de ontsluiting van den baarmoedermond is vrij ruim; de rand slap, een voorliggend deel staat vast in den ingang, naden of fontanellen zijn niet waar te nemen. Men meent te doen te hebben met een schouderligging. De weeën zijn zwak. Ten 12 ure is de toestand dezelfde, het voorliggend deel is een weinig dieper gekomen. De vrouw wordt in narcose gebracht en dwars op het bed geplaatst. Bij het inbrengen van de hand blijkt het hoofd met een groot caput succedaneum vóór te liggen; de forceps wordt aangelegd en met veel moeite een groot kind geëxtraheerd dat nog eenige teekenen van leven geeft maar niet kan bijgebracht worden. Het kraambed verloopt normaal.

V. Eene voor de derde maal zwangere vrouw was 2 maal ontijdig van een dood kind bevallen, en werd nu gedurende hare graviditeit met jodetum kalii interne behandeld. Thans wordt zij a terme forcipaal verlost van een levend kind. De placenta was lobuleus met verscheidene haemorrhagische haarden.

VI. Een vrouw met algemeen te klein bekken, voor de 4de maal zwanger, was 2 maal zeer moeilijk forcipaal verlost van levende kinderen, welke echter spoedig bezweken. De 3de maal werd in de 33ste week partus praematurus opgewekt en het kind natuurlijk levend geboren; het stierf echter na twee dagen. Thans wordt in de 35ste week de partus praematurus ingeleid volgens de methode van Krause. Het kind is in hooge billigging geplaatst, een voet wordt afgehaald en daaraan de extractie verricht. Het kind wordt asphyctisch geboren maar na ½ uur gelukt het het bij te brengen.

VII. Eene voor de negende maal zwangere 41jarige vrouw was 6 weken geleden gevallen, waardoor eene geringe haemorrhagie ontstond. De ordinarius schreef koude omslagen voor en deed onze hulp inroepen. Het onderzoek leverde niets bijzonders op, harttoonen waren goed hoorbaar, ostium externum geopend, ostium internum gesloten, geen voorliggend deel te voelen. Rust aanbevolen. Den volgenden dag is de toestand dezelfde. Den daarop volgenden dag wordt het hoofd gevoeld boven het os ilei sinistra en zooveel mogelijk op den bekkeningang gebracht. Drie dagen na het eerste onderzoek wordt op nieuw veel bloed verloren, en meent de vroedvrouw placentair-weefsel te voelen, zonder voorliggend deel. Wij vinden de scheede gevuld met coagula, nagenoeg volkomen ontsluiting, aan de rechterzijde een deel placenta, het hoofd bewegelijk op den ingang, niet gebroken eivliezen. Onmiddellijk wordt versie en extractie gedaan van een levend kind; het kraambed verloopt normaal.

VIII. Bij eene 25jarige secundipara wordt onze hulp gevraagd daar de vroedvrouw niet in staat is het nakomend hoofd te ontwikkelen. Hydrocephalus blijkt aanwezig te zijn; de onderkaak is door de vroedvrouw bij hare pogingen tot extractie geluxeerd, ja bijna geheel afgerukt. Met den sleutelhaak van Braun wordt door het palatum geperforeerd; een massa vloeistof stroomt naar buiten, en het hoofd wordt gemakkelijk aan den romp geëxtraheerd. De placenta moet gedeeltelijk losgepeld worden.

IX. Eene 38jarige vrouw met een plat bekken was in partu van het 9de kind. Zij was meermalen door ons en anderen forcipaal verlost van levende kinderen, mits deze klein waren. Onze hulp wordt thans eerst ingeroepen toen zij 2 × 24 uur in partu was, en het vruchtwater afgeloopen. De buik is sterk uitgezet, het kind groot, de vagina is droog, de baarmoedermond is strak om het voorliggend hoofd, dat met een klein segment in den ingang met het achterhoofd naar rechts achteren staat, gespannen maar rekbaar. De weeën zijn zeer zwak, de vrouw zeer vermoeid. Het aanleggen van de forceps mislukt, versie wordt beproefd en gelukt met moeite, de extractie van den romp, en ook van de armen gaat voorspoedig. Het hoofd blijft dwars op den ingang staan met van de borst verwijderde kin. Het gelukt niet de forceps aan te leggen. De scherpe haak wordt boven den rechter bovenkaak bevestigd en door tegelijkertijd trekken aan dezen en aan den romp door verloskundige en vroedvrouw wordt het zeer sterk ontwikkelde hoofd geëxtraheerd. Het kind geeft nog eenige teekenen van leven, maar sterft spoedig.

X. Eene multipara had twee dagen voordat zij in partu kwam eene hevige haemoptoë gehad. Haemorrhagie treedt op, waarvoor eerst na

twee dagen hulp wordt gevraagd door de vroedvrouw. Bij onderzoek wordt gevonden dat de baarmoedermond bijna niet ontsloten is, niet toegankelijk voor den vinger, geen voorliggend deel, geen weeën. Rust en koude omslagen worden aanbevolen, en aan de vroedvrouw gezegd nu en dan te onderzoeken en bij de minste ontsluiting onze hulp te vragen. Den volgenden morgen, zonder bericht ontvangen te hebben, de vrouw bezoekende, vonden wij bij onderzoek den baarmoedermond ruim ontsloten, een belangrijk bloedverlies, placenta praevia lateralis, het kind in hoofdligging dood. Vrij krachtige weeën; de vroedvrouw is niet aanwezig. Onmiddellijk wordt versie en extractie gedaan. Na verwijdering van de secundinae ontstaat weder een hevige haemorrhagie, welke met tamponnade door jodoformgaas-stroken in utero bedwongen wordt. Krachtige analeptica worden toegediend. Onder hevige brakingen sterft de vrouw 12 uur later.

XI. Eene III-para was de eerste maal verlost van een dood kind; de tweede maal was klieving van een ringvormige strictuur noodig; kind dood. Thans is er weder een ringvormige strictuur welke nauwelijks den vingertop toelaat. Het litteeken wordt gekliefd en met moeite een levend kind forcipaal geëxtraheerd. Na afloop der baring wordt een ruptuur gehecht en voortdurend een tampon in de vagina gebracht. Na 7 dagen is de wond genezen en geen strictuur ontstaan. Later kon de vrouw niet onderzocht worden, daar zij verhuisd was en geen adres achterliet.

RECAPITULATIE.

	Ingeschreven.	Hulp gevraagd.	Operaties.	Vrouwen		Kinderen	
				behouden.	overleden.	levend.	dood.
Totaal in 13 jaren.	22848	3461	1470	1444	7	1386	226
id. in 14de jaar.	2254	284	143	138	2	121	19
Totaal in 14 jaren.	25102	3745	1613	1582	9	1507	245

Mede namens Dr. Piepers en Dr. Korteweg,
Dr. W. F. UNIA STEYN PARVÉ.

VERSLAG VAN HET BEHANDELDE

in de Vergaderingen van September tot December 1890

DER

NEDERLANDSCHE GYNAECOLOGISCHE VEREENIGING

TE AMSTERDAM.

Vergadering van 24 September 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Dr. Barnouw brengt het extractum fluidum hydrast. canadensis ter sprake en vraagt of anderen evenals hij de ervaring hebben opgedaan, dat de resultaten met het gebruik van dit medicament verkregen, in den laatsten tijd minder gunstig zijn dan vroeger. Hij meent te hebben opgemerkt, dat dit het geval is, sedert het praeparaat in de Pharm. Neerl. is opgenomen en niet uitsluitend het Amerikaansche wordt afgeleverd. De bereiding volgens de Ph. N. is niet volkomen gelijk aan die volgens de Amerikaansche en wordt daarbij, blijkens door hem ingewonnen inlichtingen door verschillende pharmaceuten verschillend opgevat, reden waarom hij sedert eenigen tijd het Amerikaansche praeparaat voorschrijft.

Dr. v. d. Poll vertoont een Bengkoong zooals de Javaansche vrouwen dragen, en die hem gebleken is een uitstekende, zoo niet de beste buikband te zijn. Ter voorkoming of terughouding van reeds ontstanen hangbuik, o. a. na laparotomieën, beveelt hij den Benkoong zeer aan.

Dr. Kouwer doet mededeeling van een geval van ectopia vesicae bij een 6jarig meisje. De schaambeensverbinding is niet gesloten en bedekt door eene zeer vetrijke huid, die twee heuvels vormt, waartusschen een gleuf verloopt. Die gleuf gaat naar achteren gedeeltelijk in het perineum over en is naar boven door een kleine slijmvliesplooi gescheiden van den blootliggenden achterwand der blaas. Ca. 2 ctm. vóór den anus loopt dwars over deze gleuf een kleine kam, aan weerszijden waarvan de rudimentaire kleine en groote schaamlippen zichtbaar zijn. Bij gecombineerd onderzoek (het rectum en buikwand) zijn de twee kleine ovariën te onderscheiden, terwijl de beide tubae zich in één, uiterst klein kanaaltje — het eenige wat van een uterus te vinden is — vereenigen. Op de hobbelige, sterk rood gekleurde slijmvliesvlakte der blaas zijn 3 kleine openingen te zien, waaruit de heldere urine uitdruppelt, bij het schreien van het kind zelfs in een fijn straaltje uitspuit en die tot drie afzonderlijke ureteren toegang geven. De huid van den buik heeft aan de grenzen van het blaasslijmvlies een wit glinsterend litteekenachtig voorkomen; opmerkelijk is het dat de huid slechts weinig door de steeds afvloeiende urine

is aangetast. Spreker deelt hierop mede op welke wijze hij getracht heeft den toestand te verbeteren [1]).

Na deze mededeeling begeven de leden zich naar de gynaecologische afdeeling van het Binnengasthuis, waar hun door Prof. van der Meij een geval van ectopia vesicae bij een 20jarig meisje wordt gedemonstreerd [2]).

Vergadering van 22 October 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

Prof. Treub deelt de volgende gevallen mede:

1°. een zeer bijzondere ontwikkeling van een lymphangiectatisch fibromyoma uteri bij een meisje van 21 jaar. Totale exstirpatie van den uterus naar de gewijzigde methode van Freund. Genezing [3]).

2°. een geval van cervix-carcinoom met talrijke complicaties.

Pat., een 44jarige vrouw, moeder van 3 kinderen, waarvan het jongste 18 jaar is, kwam met de klacht, dat zij in de laatste drie jaren zeer verzwakt was; vooral in het laatste jaar. Menses regelmatig, 3 dagen lang, totdat 8 weken vóór pat. in de kliniek werd opgenomen eene sterke bloeding uit de vagina optrad, die 7 dagen aanhield. Daarna sterke fluor albus. Sinds drie weken pijn in den buik, vooral links.

Bij het onderzoek in narcose op den 2den Juli 1890, werd in den buik gevonden een harde, ongelijkmatige tumor, reikende tot 2 vingerbreedten onder den navel. De portio vaginalis was veranderd in eene harde, ulcereerende, knobbelige massa, achter op den vaginaal-wand overgaande. De uterus verdween in het goed bewegelijke gezwel. Rechts naast den uterus was een kippeneigroot, van consistentie ongelijk, ten deele fluctueerend gezwel. In linker plica Douglasii was een boongroote harde knobbel.

Diagnose: carcinoma uteri, interstitieel fibromyoom van den uterus, cyste van het rechter ovarium (of tubair-tumor), kankerknobbel in plica Douglasii.

5 Juli 1890 operatie naar de gewijzigde methode van Freund, zooals in eene vroegere vergadering beschreven. Achtervlakte van den uterus vertoont tallooze peritonitische adhaesies. Na verwijdering van den uterus wordt de knobbel uit de plica Douglasii verwijderd.

De in de vagina gelegde tampon bereikte tevens de wondevlakte door het losmaken der adhaesies in het cavum Douglasii ontstaan.

Buikwond gesloten, gewoon verband.

Den 5den dag werd de vaginaal-tampon voor het eerst gewisseld. Den 10den dag werden de buikwondhechtingen weggenomen.

Den 3den Augustus werd patiente met een granuleerend vaginaal-wondje ontslagen.

---

[1]) Uitvoerige mededeeling hiervan zal volgen in de eerstvolgende aflevering van dit tijdschrift.

[2]) Ook dit geval zal later in extenso worden gepubliceerd.

[3]) Dit geval zal in extenso gepubliceerd worden.

Hoogste temperatuur was 38°,2, eenmaal bereikt toen pat. wat bronchitis had.

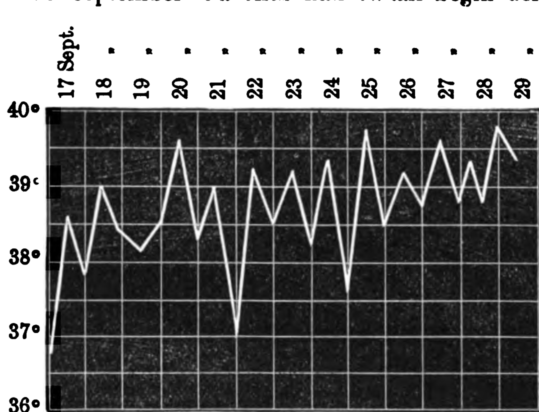
In September vertoonde zij zich goed gezond in de polikliniek. In fornix nog een klein granuleerend wondje.

Spreker demonstreert den tumor waaraan het carcinoom, de multipele fibromyomen en de wondachtervlakte van den uterus benevens eene rechtszijdige hydrosalpinx te zien zijn.

Daarna deelt hij de twee volgende gevallen mede uit de obstretische kliniek.

Multipara, drie vorige baringen schijnen spontaan te zijn geweest. Zekerheid was daaromtrent bij de zeer beperkte verstandelijke vermogens der pat. niet te krijgen. Was opgenomen wegens klachten over hevige pijnen in den buik, waarvoor geen oorzaak te vinden was en die bij bedrust na een paar dagen verdwenen. Temperatuur normaal.

15 September 's avonds half twaalf begin der baring.



Multipara, verlost 17 Sept. 1890.

Plat, niet rachitisch bekken. C. V. 9½ à 9¾ cM.

Uiterst langzaam beloop der baring.

16 Sept. 's nachts 12 uur, versie en extractie bij nog niet volkomen ontsluiting.

17 September steeg 's avonds de temperatuur (zie Kromme).

Den 20sten September werd pat., die zelf geen enkele klacht had, zeer onrustig.

22 September. Geringe hoest, demping en rhonchi links achter.

24 Sept. Algemeene toestand sterk achteruitgaande. Huid geel, tong droog, beslagen. Pat. delireert voortdurend.

26 Sept. Demping, ronchi en hoest als te voren. Frequente liquide alvus. Nu zoo min als de vorige dagen drukgevoeligheid in den buik.

28 Sept. Status idem. Deliriën, diarrhee. Pols niet voelbaar. Coecaalstreek niet gevoelig. 's Avonds kruising van pols en temperatuurskrommen.

29 Sept. 's Morgens exitus in collaps.

Klinische diagnose: Septicaemie.

Sectie door Prof. Siegenbeek van Heukelom verricht. Hersenconvexiteit sterk geïnjicieerd. Basis hyperaemisch. Hart zonder afwijkingen.

Linkerlong aan onderkwab hypostatische pneumonie.

Rechterlong onderste deel bovenkwab hypostase, klein gedeelte van onderkwab hypostatische pneumonie.

Milt kleiner dan normaal, matig bleek, tamelijk vast. Lever matig groot, vrij vast, gewicht 1320 gram, zonder afwijkingen.

Nieren normaal, darmen eveneens.

Uterus en adnexa zonder afwijkingen. Op placentair-plaats vrij groote rest van placenta materna. Geen spoor van endometritis.

Nergens ecchymosen op serosae.

Anatomische diagnose: Geen sepsis; causa mortis onbekend.

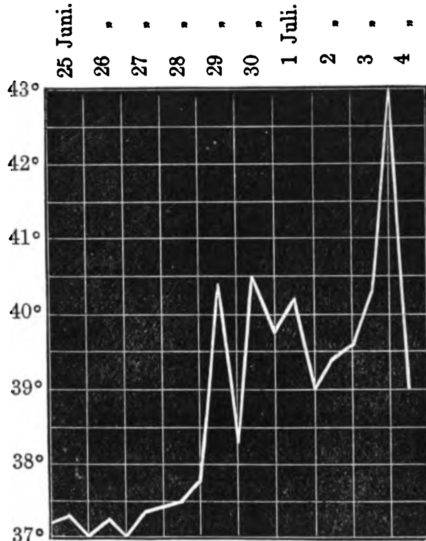
2°. Primipara. Forcipale extractie van het in de holte staande hoofd door den assistent der kliniek op 24 Juni 's middags $5^1/_2$ uur.

Perineum begon in te scheuren, mediane incisie, door vier hechtingen gesloten.

Eerste vier dagen toestand volkomen goed.

29 Juni 's ochtends (5den dag p. p.) klachten over pijn aan het perineum, dat gezwollen blijkt te zijn. Draden weggenomen. Temperatuur iets verhoogd (zie Kromme). 's Avonds pijn in den buik, vooral bij druk op blaas.

30 Juni. Labia en perineum sterk oedemateus, onderbuik pijnlijk bij druk. Diarrhee.



I-para, verlost 24 Juni 1890.

Langzamerhand wordt de buik tympanitisch uitgezet; nu en dan braken. Oedemen der labia blijft, in vagina ulcus, ter plaatse waar de gehechte wond is uitgeweken.

Onder toenemende verschijnselen van algemeene infectie, jactatie, deliriën, droge tong, collabeert patiente den 4den Juli, nadat 's avonds te voren de temperatuur tot 43° gestegen was.

Sectie door Prof. Siegenbeek van Heukelom verricht.

Hersenen zonder afwijking, buikholte-organen eveneens.

Buikholte. Geen vrij gas. Eenig lichtgeel vocht.

Darm-serosa en peritoneum, voor zoover zichtbaar, van normalen glans, doch is eenig beslag af te schrappen. Naar beneden toe wordt de glans minder. Net vlekkig geïnjicieerd. Maag sterk, colon ook, doch iets minder uitgezet. In mucosa der maag talrijke puntvormige bloedingen en defecten.

Milt zeer groot, uiterst slap.

Nieren slap en bleek,

Lever groot, gelijkmatig bleek, gewicht 2220 gram.

Peritoneaal-platen in Cavo Douglasii verkleefd.

Retroperitoneale weefsel op het sacrum etterig geïnfiltreerd.

De inhoud van het kleine bekken wordt in toto verwijderd.

Het achterste onderste deel der vagina is met vuil grijsgroene massa's bedekt. Deze gaan over in het perineum, waarvan de epidermis gemakkelijk loslaat en het verdere weefsel een donkerbruinroode kleur vertoont.

Rectaal-wand uiterst dik, oedemateus. Daaromheen periproctitisch weefsel etterig geïnfiltreerd; op dwarsche doorsneden blijkt van daaruit de etter

uit een uiterst dunnen gang naar boven gegaan te zijn om hoogerop infiltratie te geven.

Geen spoor van endometritis. Na afkrabben der deciduaal-resten komt normale uterus-spier voor den dag. Peritoneum aan de voorzijde van den uterus normaal glanzend.

Tubae, ovaria en blaas normaal.

Mikroskopisch uterus en nieren normaal.

Lever korrelig, gezwollen, epitheliën en vettige degeneraties in de levercellen.

Diagnose: peritonitis septica post perinei rupturam.

In de epikrise van beide gevallen wijst Spr. er op dat het eerste geval eene zekere overeenkomst heeft met het in het vorige jaar door Dr. Mijnlieff beschreven geval. Daar duurde echter de ziekte veel langer. Hier, waar Spr. tijdens het leven nog een oogenblik aan typhus gedacht, later de diagnose op septicaemie gesteld heeft, is door de sectie geen licht verschaft. Omtrent de wijze van ontstaan der ziekte is dus niets mede te deelen.

Anders is het tweede geval. Spr. acht het, met het oog op het goede beloop in de eerste dagen niet twijfelachtig dat hier secundaire infectie van de perineaal-wond heeft plaats gehad. Wellicht door onvoldoende voorzorgen bij mictie en defaecatie. Het merkwaardige ziet hij in de wijze van ontstaan der septische peritonitis van uit de perineaal-wond, bij gebleken volkomen asepsis der genitalia interna.

Thans, nu de dood in puerperio zoo hoogst zeldzaam is, acht Spreker mededeeling van alle waargenomen gevallen van dien aard van belang.

In de discussie, die op deze mededeelingen volgt, vestigt Prof. van der Meij de aandacht op de uiterst gunstige werking van de Tinctura Jodii [1]), zoowel op de in ulcera veranderde scheuren der vaginaal-wanden en van het perineum, als op de endometritis puerperalis. Gewoonlijk reeds na 24 uren is het beslag verdwenen en een gezond uitziende, granuleerende wondvlakte in de plaats getreden van het gangraeneuse of diphteritische ulcus.

Dr. van de Poll deelt hierop mede, dat hij naar aanleiding van de opmerkingen in de vorige vergadering door enkele leden gemaakt omtrent de minder gunstige resultaten, door hen in den laatsten tijd met het gebruik van het Extr. hydrast. canad. liquid. verkregen, onderzocht heeft in hoeverre gegronde aanmerkingen te maken zijn op de vertrouwbaarheid van dit middel.

De vraag of het mogelijk was, dat na de invoering van de nieuwe Pharm. het extract minder goed was en daaraan de slechte resultaten te wijten waren, verdiende opgelost te worden, te meer daar het volgens Amerikaansch voorschrift bereidde extract zich in zulk een goeden naam mocht verheugen.

Bij het onderzoek hieromtrent door hem ingesteld, bleek dat er geen wezenlijk verschil bestaat tusschen de voorschriften der Pharmac. Neerl. en die der Vereenigde Staten, waar het de bereiding van het Extr. hy-

---

[1]) Fischel. Zur Therapie der puerperalen Sepsis, in Archiv. f. Gynaekologie, Bd. 20. S. 1.

drast. liq. betreft. Wel daarentegen, dat het voorschrift in de Ph. N. zoo niet slecht, dan toch onvolkomen moet genoemd worden. Het is onnoodig voor den vakman, i. e. den wetenschappelijken apotheker, daarover in bijzonderheden uit te wijden. Hem is het duidelijk, dat b.v. het voorschrift: «neem van verdunden spiritus zooveel als noodig is», eene onvolkomenheid doet in het oog springen, welke had kunnen vermeden worden. Door den heer v. Ledden Hulsebosch is trouwens in het Pharmaceutisch weekblad reeds daarop gewezen. De opmerking van een zoo gunstig bekend apotheker en scheikundige is een bewijs te meer, dat er iets ontbreekt aan de volledigheid van het voorschrift.

De mogelijkheid dat bij zulk eene onvolledigheid verschil in opvatting, verschil in bereiding en dientengevolge verschil in samenstelling bestaat, ligt voor de hand. En dat is werkelijk het geval.

Volgens de Ph. N. moet de vloeistof na verdamping op een waterbad ten minste 20°/₀ droog extract achterlaten. Gaat men na of dit inderdaad altijd het geval is, dan blijkt dat integendeel groote verschillen bestaan. Volgens een onderzoek toch, met ander doel verricht doch zeer dienstig voor deze besprekingen, bleek dat waar het extract, bereid door een bekend apotheker 23.26°/₀ droog extract opleverde, bij monsters uit den handel betrokken, een groot verschil bestond, niet alleen met betrekking tot den leverancier, doch zelfs met betrekking tot het jaar waarin het bereid was.

Zoo lieten drie monsters van verschillende leveranciers, in 1889 onderzocht, respect. 19.5, 23.5 en 19.9°/₀ droog extract achter, en drie monsters in 1990 onderzocht 12.5, 13.6 en 17.9°/₀.

Het blijkt daaruit ten duidelijkste, dat het gehalte aan droog extract in 1889 nagenoeg voldoende was, in 1890 daarentegen zeer ver beneden het verlangde en vereischte.

Spreker acht het niet de taak der geneeskundigen om na te gaan waaraan dit te wijten is, doch wèl om te constateeren dat, waar de resultaten, bij onze patienten verkregen, zoo uiteenloopen en die vooral in dit jaar zoo ongunstig zijn, het medicament dat in den handel verkrijgbaar is en dat door de meeste apothekers wordt afgeleverd, verre beneden de eischen blijft die er aan gesteld moeten worden. Aan den apothekers is het te onderzoeken wat de reden is van die verschillen, en door het toepassen eener rationeele, algemeene bereidingswijze het vertrouwen in het medicament weder te verlevendigen. Hun plicht is het, waar zij het extract niet zelf bereiden, de praeparaten in den handel voorkomende op hunne deugdelijkheid te onderzoeken en deze af te keuren, indien zij niet aan de eischen voldoen.

Spreker oppert verder de vraag: of het niet wenschelijker geweest ware in de Ph. N. in plaats van de aangegeven reacties eene bepaling voor het procent-gehalte aan alcaloïden te geven, d. w. z. indien dit mogelijk is. Naar hij meent kan een extract toch alleen dan goed genoemd worden, wanneer het ± 20°/₀ vaste stof en ± 6°/₀ alcaloïden bevat. Uit de boven aangehaalde cijfers blijkt dat dáaraan dikwijls veel ontbreekt. Was het niet hetzelfde met het Extr. Gossypii? Wordt dit middel nog zoo dikwijls voorgeschreven als vroeger? H.H. apothekers zullen die vraag zeker ontkennend beantwoorden. En aan wien de schuld? Is het ver-

schil bij dit medicament aan vaste stoffen (bij een eigen bereiding was het ± 40%, bij een in den handel voorkomend monster ± 6%) niet eene vingerwijzing? En moet men niet vreezen dat ook het Extr. hydrast. liquid. in miscrediet geraakt bij den geneesheer, indien hem blijkt dat er zoo weinig valt staat te maken op de samenstelling?

Ware de vergadering eenige dagen vroeger gehouden — zegt Spreker — dan had ik zeker gesloten met den wensch, dat de apothekers hunne opmerkzaamheid zouden schenken aan onze besprekingen. Tot mijn genoegen kan ik nu echter mededeelen, dat reeds op de gisteren avond gehouden vergadering van de afdeeling Amsterdam der Vereeniging v. Pharmacie, door een tweetal apothekers de aandacht hunner collegae op dit punt is gevestigd geworden, zoodat ik de verwachting koester, dat in deze onze opmerkingen de bron ligt voor een hernieuwd vertrouwen in het hier besproken geneesmiddel.

Spreker wenscht op een ander punt, hoewel van minder belang, nog de aandacht te vestigen. Met welke bedoeling wordt in de Ph. N. voorgeschreven eene maximaal-dosis van 1 gr. per keer en van 4 gr. i. d. van een middel, dat reeds sedert geruimen tijd in veel grootere doses gegeven werd? In geen enkele andere Pharmacopoea is daaromtrent iets te vinden. Alleen wordt in een Amerikaansch pharmaceutisch werk, dus niet in de Ph. der Ver. Staten opgegeven, dat van het Extr. hydrast. liq. gewoonlijk per keer 1 à 2 fluiddrachms gegeven worden, dus per keer 4 à 8 gram. Waarom nu de Pharm. N. den geneesheeren verplicht een uitroepingsteeken te plaatsen waar zij b.v. 5 gr. i. d. voorschrijven, begrijpt Spreker niet. Intusschen is dit van minder belang; hoofdzaak blijft het, dat de deugdelijkheid van het Extr. hydr. liq. in vele gevallen te wenschen overlaat en dat het voorschrift der Ph. N. door onvolledigheid de kans openlaat voor dergelijke onregelmatigheid.

Vergadering van 26 Nov. 1890.

Voorzitter: Prof. Hector Treub.
Secretaris: Prof. G. H. van der Meij.

Prof. van der Meij doet mededeeling van de volgende gevallen:

1°. een geval van groot cervix-myoom, dat een belangrijk pendant vormt van het geval, in de vergadering van 26 Febr. 1890 door Prof. Treub beschreven.

Ook bij deze patiente had het cervix-myoom, dat van de *vóórlip* zich had ontwikkeld, eene zeer aanzienlijke grootte bereikt en was niet in den uterus-wand ingegroeid, maar naar rechts en buiten den uterus tusschen de bladen van het rechter ligamentum latum. De blaas was innig met het myoom vergroeid, zoodat het uiteinde van den catheter ter hoogte van den navel, ongeveer 3 ctm. rechts van de linea alba door den buikwand zichtbaar werd. In de vagina was een appelgroote, ronde, vaste tumor te voelen, die in de vóorlip van den baarmoedermond overging. De achterlip was als een scherpe, sterk uitgerekte zoom te voelen. De uitwendige baarmoedermond was een sterk in dwarsche richting gerekte opening, waarin de vingertop niet kon worden ingevoerd.

6 maanden geleden werd pat. door Spr. geopereerd. Na opening der buikholte werd de blaas van den tumor afgepraepareerd en na splijting van de kapsel de tumor uit het ligament losgemaakt. Daar de verwijdering van het gezwel in toto groote bezwaren opleverde, werd een elastieke ligatuur om het ondereinde gelegd en de tumor daarboven geamputeerd, waarna de wanden van den zak aan het peritoneum parietale van den buikwand werden vastgehecht. Drainage met jodoform-gaas, dat na 3 dagen werd verwijderd. Het verloop was ongestoord; geen enkele maal klaagde pat. over pijn in den buik, ook niet bij druk. Na verwijdering van het gaas werd in de holte een draineer-buis gebracht. De zak bleef steeds groote hoeveelheden vocht, aanvankelijk van sereusen aard, later purulent, afscheiden. Ten einde het secreet gemakkelijker te doen afvloeien, werd van uit de buikopening door middel van een troisquart het achtergelaten ondereinde van den tumor doorstoken en bij het terughalen van het instrument een draineer-buis doorgetrokken, waarvan de uiteinden buiten de buikopening en de vagina uitkwamen.

Circa 3 maanden na de operatie werd pat. op haar verzoek ontslagen; sedert dien tijd vertoonde zij zich geregeld op de gynaecologische polikliniek.

Algemeene toestand bleef goed, maar uit de buikopening werd nog altijd eene ruime hoeveelheid, dikwijls onaangenaam riekende pus afgescheiden. Spreker besloot daarom het achtergelaten gedeelte van den tumor per vaginam te verwijderen. 3 dagen geleden heeft hij deze na-operatie verricht; aan de in de vagina uitpuilende oppervlakte was van de vroeger gemaakte tegenopening geen spoor terug te vinden; het binnenste gedeelte van den tumor bleek etterig verweekt te zijn; Spreker vertoont de elastische ligatuur, waarmede te voren het ondereinde van den tumor was omsnoerd; toevallig was de top van de ingebrachte gesloten koorntang in het elastische lusje terecht gekomen, zoodat dit zeer gemakkelijk werd verwijderd.

2°. Spreker heeft eenige dagen geleden een leiomyoma uteri geopereerd. Het stellen eener zekere diagnose werd bemoeielijkt door de groote weekheid van het gezwel, waarvan de consistentie geheel overeenkwam met die van een uterus gravidus. De enorme dikte van den buikwand maakte het echter uiterst moeielijk over den juisten graad van weerstand met voldoende zekerheid te oordeelen. De menstruatie was geregeld, niet profuus.

De eigenaardige elastische weerstand, dien de tumor bij palpatie aanbood, was voor Spr. reden voorloopig af te wachten; dit was te meer geoorloofd, daar pat., afgezien van de vrij belangrijke stoornissen bij de urineloozing, geen enkele klacht had en een toonbeeld van gezondheid was. Na 6 weken werd het onderzoek herhaald en bevonden dat de tumor niet in omvang was toegenomen. Daar ook auscultatorisch geen enkel teeken van zwangerschap kon worden gevonden, werd de diagnose gesteld op een tumor uteri. Daar pat. verlangde van den herhaalden en pijnlijken aandrang tot urineeren, die haar zeer kwelde en het leven ondragelijk maakte, te worden bevrijd, werd tot de laparotomie besloten.

Na opening van de buikholte werd een tumor zichtbaar, die van boven wat minder breed was dan in het midden, doch overigens door het uitwendig voorkomen en vooral door de consistentie den indruk maakte

een uterus gravidus te zijn. Gemakkelijk konden de wanden worden ingedrukt, waarbij geen daaronder liggende deelen werden gevoeld. Zekerheidshalve besloot Spr. een proef-punctie te doen, waarbij de afwezigheid eener holte in het gezwel bleek. Na het aanleggen van de elastische ligatuur werd de supravaginale amputatie van den uterus verricht.

Bij doorsnede bleek de tumor, die er als een vleeschmassa uitzag, geheel te bestaan uit gladde spiervezelen, hetgeen door het latere microscopisch onderzoek volkomen werd bevestigd. De groote weekheid van het gezwel was hierdoor verklaard.

Het verloop was zeer gunstig, hoewel niet volkomen ongestoord. Uit vrees toch voor doorsnijding, besloot Spr. enkele hechtingen reeds den 6den dag p. o. te verwijderen. Hierna scheen het alsof de overige hechtingen nutteloos waren geworden, waarom ook deze werden verwijderd. De buikwond was over de geheele lengte der incisie gesloten.

3 dagen later werd Spreker geroepen omdat de buik was opengebersten. Bij zijne komst vond hij het onderste en het bovenste gedeelte der buikwond gesloten, terwijl het middengedeelte over eene lengte van ca. 8 ctm. openlag. Bij eene hoestbui had pat. het gevoel ondervonden, alsof de buik openberstte. Zij had daarbij en ook later echter niet de minste pijn gevoeld. In de wijdgapende wond vertoonden zich 3 darmlissen, waarvan 2 met de binnenvlakte van den buikwand waren verkleefd, waardoor prolapsus der intestina was voorkomen. Nadat deze darmlissen voorzichtig van den buikwand waren losgemaakt, werd de buikwond, zonder dat de wondvlakten opnieuw waren geaviveerd, door diepe bloedige hechtingen, waarin ook het peritoneum was gevat, gesloten. De toestand der wondvlakten was van dien aard aard, dat vergroeiing mogelijk scheen ook zonder dat avivatie had plaats gehad [1]).

Dit is het 2e geval, waarin Spr. openbersten der buikwond zag ten gevolge van *te vroege* verwijdering der hechtingen.

Op eigen gezag had de toenmalige assistent der kliniek den 7den dag post operationem alle hechtingen verwijderd. Toen Spr. een uur later pat. bezocht, lag zij volkomen rustig op de rechterzij. Nadat zij de rugligging weder had ingenomen, bleek bij ontblooting van den buik, de wond over hare geheele lengte te zijn opengegaan; de buikholte was echter niet geopend, daar de peritoneaal-randen met elkander waren vergroeid. Spr. meent het opengaan der buikwond over hare geheele lengte en diepte te moeten toeschrijven aan de buitenwaarts gerichte trekkingen der buikspieren, bij het in werking stellen der buikpers, toen pat. eene andere ligging ging innemen. Nadat de wondvlakten met den scherpen lepel waren afgekrabd, werden diepe en oppervlakkige hechtingen aangelegd, die 10 dagen later werden verwijderd. Ook hier genas de wond per primam intentionem.

Dr. Mendes de Leon demonstreert hierna eene dermoid-cyste van het rechter ovarium; opvallend in dit geval was de zeer snelle ontwikkeling. De tumor is afkomstig van eene patiente, die in de maand Juni 1890 voorspoedig en spontaan van een voldragen, levend kind is bevallen.

---

[1]) Het verder verloop stelde deze verwachting niet te leur; na verwijdering der hechtingen op den 11den dag bleek de buikwond lineair te zijn genezen.

Onmiddellijk na den partus werd de tumor ontdekt, die zich gedurende de zwangerschap snel scheen ontwikkeld te hebben; na de baring nam de tumor nog in omvang toe.

De laparotomie leverde geene moeilijkheden op.

In aansluiting aan dit geval deelt Dr. Nijhoff mede, dat hij een vrij grooten tumor in abdomine waarnam bij eene vrouw, bij wie tijdens de baring, die in Nov. plaats had, daarvan niets was te bespeuren. Na de verwijdering der placenta trad eene atonische bloeding op, die de bewaking van den uterus door de op den buik opgelegde hand noodzakelijk maakte. Hoewel de buikwand zeer dun was, was toen echter niets van een gezwel te bemerken. 5 weken later was een tumor van kinderhoofdgrootte te voelen; korten tijd later had het den omvang van een manshoofd verkregen. Omtrent het verder verloop weet Spr. slechts mede te deelen, dat het een dungesteelde ovariaal-cyste was, die door laparotomie werd verwijderd, daar pat. zich door een ander wilde laten behandelen.

Verder deelt Dr. Nijhoff mede, dat heden morgen bij een zijner patienten door Prof. van der Meij de laparotomie is verricht wegens belangrijke metrorrhagiën ten gevolge van fibromyoma uteri.

Spr. zag pat. het eerst, samen met haar huisdoctor in Mei jl. Zij leed sinds eenige maanden aan profuse en onregelmatige menstruatie; fluor albus in matigen graad. Bij onderzoek werd de baarmoeder gevoeld als een hard en bewegelijk lichaam; van de adnexa was bij de vetrijke vrouw weinig te voelen. De sonde drong 9—9½ ctm. in en veroorzaakte bloeding, terwijl ongelijkheden werden gevoeld.

Curettement en nabehandeling met Tinct. Iodii. De uitwerking was slechts korten tijd van gunstigen aard, zoodat in Sept. besloten werd het curettement te herhalen. Bij onderzoek werd toen de twijfel uitgesproken of niet in en ter zijde der baarmoeder tumoren aanwezig zouden zijn. Door toevallige omstandigheden werd dit tweede curettement eerst op het laatst van Oct. verricht. Ondanks «gründliche» afkrabbing van het slijmvlies bleven de bloedingen aanhouden. In Nov. werd in consult het onderzoek herhaald en geconstateerd dat in de linker onderbuikstreek een resistente tumor aanwezig was, die in onmiddellijken samenhang met den vergrooten en vasten uterus stond. Bij de operatie bleek die weerstand te berusten op eene uitzetting der tuba, die met het ovarium, met den uterus, met den bekkenwand en met de darmen innig was vergroeid. In den baarmoederwand werd een eigroot fibroom gevoeld.

Na losmaking der vergroeiingen werd de cervix uteri met eene elastieke ligatuur omsnoerd en de uterus met de adnexen beiderzijds verwijderd.

Prof. Treub merkt op, dat het niet zeker is, dat de bloedingen in casu veroorzaakt werden door de aanwezigheid van het fibromyoom in den baarmoederwand. Deze zouden ook afhankelijk kunnen zijn van de bestaande tubair-aandoening; de ervaring toch leert dat bij deze aandoeningen veelvuldig profuse bloedingen uit den uterus voorkomen.

Vergadering van 17 December 1890.

Voorzitter: Prof. HECTOR TREUB.
Secretaris: Prof. G. H. VAN DER MEIJ.

De heer Treub spreekt over «de antisepsis bij laparotomiën».

M.M. H.H. Wanneer ik heden avond het woord neem, moet ik wel haast beginnen met eene verontschuldiging. Hierover n.l. dat ik met een reeds zoo dikwijls besproken onderwerp voor den dag kom. Zooals u echter blijken zal is de aanleiding van deze mededeeling gelegen in eene serie van waarnemingen, die, naar het mij schijnt, eene zeer in het oog loopende beteekenis hebben. En terwijl ik u toewensch dat het u geen van allen overkomen zal eene dergelijke serie van waarnemingen te krijgen, vertrouw ik dat mijne mededeeling tot de vervulling van dien wensch zal kunnen bijdragen.

Met mijne inleiding kan ik zeer kort zijn. Ik heb de overtuiging dat in het algemeen de laparotomie de meest ongeschikte operatie is om de vraag «antisepsis of geen antisepsis?» te beantwoorden. Ieder die dier-experimenten genomen heeft waarbij de peritoneaal-holte geopend werd, weet uit eigen ervaring dat het peritoneum, in tegenspraak met wat men vroeger meende, uitermate goed een zekeren graad van infectie verdraagt, mits het geen direct septische infectie zij. Dat verdragen, het is ons allen bekend, moet op rekening geschreven worden van het groote resorptie-vermogen van het peritoneum in de eerste plaats. Vervolgens van de neiging van het buikvlies tot het vormen van adhaesies om vreemde lichamen, des te sneller wanneer deze niet geheel aseptisch zijn. Uit de u bekende experimenten van van Stockum is verder gebleken dat een lichte graad van infectie bij eene laparotomie als de oorzaak beschouwd moet worden van de adhaesies, die sommige operateurs gevonden hebben, wanneer zij voor de tweede maal bij dezelfde patient de laparotomie verrichtten. Met deze verklaring van van Stockum strookt volkomen het feit dat eene bekende duitsche kliniek, waar wij allen ons, als wij er waren, geërgerd hebben aan den overdreven schijn en de in werkelijkheid gebrekkige uitvoering van de antisepsis, de bron is geweest van het grootste aantal der herhaalde laparotomieën, waarbij talrijke darm-adhaesies gevonden werden. Gebrekkige antisepsis behoeft dus niet de mortaliteit der laparotomieën te verhoogen. Natuurlijk mits het gebrekkige niet te ver ga, want ook hier: sunt certi denique fines. En is eenmaal de patiente geinfecteerd, dan zal men eerst à posteriori kunnen zeggen of die grenzen overschreden zijn, ja dan neen, al naarmate de patient bezwijkt of niet.

Dit laatste moge tevens ten bewijze dienen hiervan, dat het volstrekt niet mijn plan is te betoogen, dat men het bij laparotomieën ook wel met de antisepsis s. v. v. op een accoordje kan gooien. Integendeel, want bij het zooeven genoemde komt nog dat de patient van eene lichte infectie, als de bedoelde, last genoeg kan hebben, al kost deze haar niet het leven.

Wordt nu het betrekkelijk ongevaarlijke van eene lichte infectie verklaard door het groote resorptie-vermogen van het peritoneum, dezelfde eigenschap verklaart ook het optreden van snel letaal verloopende algemeene sepsis, wanneer tijdens eene operatie het peritoneum bepaaldelijk

septisch wordt geinfecteerd. Voor zoover ik weet zijn wij allen, M.M. H.H., zoo van het laatste gevaar overtuigd, dat wij de antisepsis boven de asepsis verkiezen.

Het met de laatste woorden aangeduide twistpunt wil ik dan ook niet verder bespreken, doch u alleen, met de statistiek in de hand, doen zien welke beteekenis betrekkelijk kleine vergrijpen tegen de antisepsis kunnen hebben bij de laparotomie.

Ik toon u hierbij twee statistieken waarvan de eene loopt over 72, de andere over 84 gevallen. De gevallen zelf zijn van gelijksoortigen aard en bestaan in ovariotomieën, salpingotomieën, castraties, ventrofixaties, myotomieën en supravaginale amputatiën van den uterus.

Bezien wij de statistieken nader en bepalen wij ons allereerst tot de gevallen met doodelijken afloop.

In statistiek I vinden wij drie dergelijke gevallen, nl. N°s. 16, 52 en 72. Het eerste geval is in den eersten jaargang van ons tijdschrift uitvoerig beschreven. Het tweede betrof eene partieele verwijdering van een maligne gedegenereerd ovariaal-cystoom, waarbij, toen de operatie half voleindigd was, bleek dat het omentum geheel carcinomateus gedegenereerd was. De zeer zwakke, febriciteerende patient overleed na 36 uren in collaps.

Noch in het eene, noch in het andere geval was hier gebrekkige antisepsis de oorzaak van den dood. Het laatste geval dezer tabel bespreek ik straks afzonderlijk.

In statistiek II vinden wij 8 gevallen waarin de patiente bezweek, n.l. N°s. 7, 14, 28, 34, 36, 37, 41 en 53. Van deze gevallen is N°. 28 beschreven in Deel II van ons tijdschrift door den heer Schouwman, N°. 34 in Deel I door mij, en N°. 37 in de Bulletins de la société obstétricale et gynécologique de Paris (N°. 7, 1890) eveneens door mij. In N°. 7 heb ik, na verwijdering van een zeer groot cystoom van het rechter ovarium, den steel van het weinig vergroote linker ovarium met den z. g. Staffordshire knoop afgebonden. De knoop heeft niet gehouden; pat. is aan bloeding uit die steelstomp bezweken.

Bij de castratie in N°. 14 had ik, toen nog niet genoeg vertrouwende op de zijden ligaturen om den steel, eenige zichtbare vaatlumina in de steelstomp met catgut onderbonden. Met die stomp is een darmlis verkleefd geraakt, deze is afgeknikt, er is ileus gekomen en daaraan is pat. bezweken.

De partieele ovariotomie N°. 36 was ondernomen onder een error diagnoseos. In plaats van het verwachte fibromyoma uteri vond ik een niet geheel te verwijderen enorm ovariaal-sarcoom. Pat. bezweek in collaps 24 uren na de operatie, waarbij zij veel bloed verloren had.

Bij N°. 41 moest over eene groote lengte het mesocolon dicht bij den darm afgesneden worden. Daarop volgde darm-gangraen.

In N°. 53 is de ovariotomie nog beproefd als ultimum refugium bij eene reeds agoniseerende patiente.

Van al deze gevallen zou hoogstens N°. 14 op rekening geschoven kunnen worden van gebrekkige antisepsis. In dien zin n.l. dat de gebruikte catgut-draden de oorzaak der darmvergroeiing geweest zijn. Ik twijfel daaraan geen oogenblik, doch meen daarom ook, zonder van neiging tot schoonwasschen verdacht te zullen worden, te mogen beweren dat de

fout niet aan ons, operateur en helpers, doch aan het voor antiseptisch gekochte materiaal lag.

De dooden kunnen ons dus voor ons doel niets leeren, hoe leerzaam sommige gevallen overigens ook mogen zijn. De levenden echter des te meer.

De dagen gedurende welke de patienten na de operatie verpleegd zijn varieeren tusschen 20 en 30 dagen.

Zoeken wij nu de gevallen uit, waarin die tijdsruimte overschreden is, of waarin andere bijzonderheden zijn op te merken geweest, en beginnen wij nu met tabel II.

Daar vinden wij in N°. 11 een geval van extra-peritoneale steelbehandeling, in deel I van dit tijdschrift beschreven.

In N°. 12 heb ik een darmlis aangesneden, deze gehecht en de gehechte plaats aan den buikwand gefixeerd. Een klein drek-fisteltje, dat later ontstond, hield pat. tot 39 dagen p. o. in het ziekenhuis.

N°. 19 was eene patiente met een gebarsten colloid-cystoom, waarbij zich een z.g. pseudo-myxoma peritonei had ontwikkeld. Tijdens de operatie had pat. reeds eene verdikking van eene der plicae Douglasii. Hoewel de wondgenezing geheel ongestoord is verloopen, is de reeds begonnen peritoneaal-carcinose verder gegaan en is pat. daarvoor geruimen tijd in de geneeskundige kliniek verpleegd. Ca. een jaar later is zij daar gestorven.

In N°. 23 was cystitis en bronchitis en in N°. 33 het begin eener galvanische behandeling van een inoperabel fibromyoma uteri oorzaak dat patient langer dan normaal onder behandeling bleef.

N°. 58 werd 16 dagen p. o. ziek, had waarschijnlijk ileotyphus en vertoonde in het bekken niet de minste afwijking.

Bij N°. 62 trad in den buikwand, die als een slappe zak over den tumor hing, een haematoom op ten gevolge van het loslaten van eene hechting van de buikwonde.

N°. 66 had een grooten decubitus op het sacrum en N°. 79 werd langer gehouden voor eene tweede operatie in de vagina.

Slechts in twee gevallen werd een klein exsudaat in het bekken geconstateerd. In N°. 44 bij eene supravaginale amputatie, waar de waargenomen zwelling waarschijnlijk afhankelijk is geweest van eene exsudatie in de getamponneerde holte van het breede band. En in N°. 46 na eene salpingotomie, waarbij de vergroeide tuba moest worden losgescheurd van hare adhaesies. In geen van beide gevallen behoefde de patient echter langer dan 21 dagen p. o. onder behandeling te blijven. In het bijzonder maak ik er op opmerkzaam, dat bij geene der gevallen van amputatio uteri supravaginalis de elastieken ligatuur is uitgestooten.

Mij dunkt, M.M. H.H., dat ik het recht heb om deze statistiek uit het oogpunt van het succes der antisepsis bijna ideaal te noemen.

Bezien wij vervolgens tabel I.

Daar is het resultaat lang niet zoo schitterend. Voor meerdere duidelijkheid zijn daarin de abnormale gevallen met *cursieve* letters gedrukt. Behalve de aldus aangeduide gevallen, waarop ik onmiddellijk terugkom, staat in N°. 12 opgeteekend eene groote buikwand-phlegmone, waarschijnlijk veroorzaakt door het toen nog door mij in de etage-hechting gebruikte catgut. De patient van N°. 60, die eene tuberculeuse salpingitis had, kreeg tehuis multipele tuberculeuse buikwand-abscesjes. In hoeverre

daarbij de straks te noemen infectie-bron van beteekenis is geweest, wil ik in het midden laten en denken aan het «in dubiis pro reo».

Van twijfelachtige beteekenis is verder nog het eerste der gecursiveerde gevallen, N°. 6, waar eenige weken na het vertrek der patiente de elastieken ligatuur werd uitgestooten. Patiente had eenigen tijd vooraf etterige afscheiding uit de vagina, doch overigens geen klachten gehad.

Zeer ernstig is echter het verloop geweest bij N°. 20. Bij deze patiente was eene dubbelzijdige vrij moeilijke ovariotomie verricht. In de eerste dagen na de operatie had pat. bijna altijd lichte temperatuursverhooging, die den 7den dag p. o. nog tot 38°,7 ging. Slechts van den 11den tot den 14den dag was de temperatuur geheel normaal. Daarna eerst lichte, toen sterke koortsbeweging, waaronder zich een vooral links zittend exsudaat ontwikkelde, dat tot aan den navel reikte. Eerst na langdurige resorbeerende behandeling kon pat. den 59sten dag worden ontslagen. Zij had toen nog een exsudaat-rest links van en achter den uterus. Eenige malen kreeg pat. eene zeer pijnlijke exacerbatie van de ontsteking en eerst een kuur in Franzensbad gaf in Augustus 1890, ongeveer 1½ jaar na de operatie, geheele genezing.

Schijnbaar goed ontslagen werd patient N°. 24, bij welke eene amputatio supravaginalis werd verricht. A posteriori heb ik trouwens gezien dat in de laatste vijf dagen voor haar ontslag de ochtend-temperatuur schommelde tusschen 37° en 37°,5. Onmiddellijk na hare tehuiskomst kreeg patiente hooge temperatuur met sterke etterige afscheiding uit de vagina en alle verschijnselen van bekken-peritonitis. Zelf heb ik de patiente niet meer gezien en kan dus niet nauwkeurig over den toestand berichten.

Bij N°. 25 werd eveneens supravaginale amputatie verricht. Hier trad van den eersten dag af temperatuursverhooging op en weldra ontwikkelde zich een enorm groot exsudaat achter en om de stomp. Onder behandeling met warme irrigaties, glycerine-tamponnade en Priessnitz'sche inwikkeling van den buik werd dit zoover geresorbeerd dat patient na 40 dagen, altijd nog licht febriciteerende, ontslagen kon worden. Ik durfde daartoe overgaan, niettegenstaande patient nog uiterst zwak was, omdat zij bij een medicus in huis was. Onder voortdurend febriciteeren werd eenige weken later de elastieken ligatuur, met het afgebonden stuk van de stomp daarin, per vaginam ontlast. Daarna is patient weldra volkomen hersteld.

Bij de amputatio supravaginalis N°. 27 is ca. 8 maanden na de operatie, gedurende welken tijd sterke etterige afscheiding uit de vagina had bestaan, de elastieken ligatuur uit het ostium ext. voor den dag gekomen.

In N°. 51, eveneens amputatio supravaginalis. was van af den eersten dag de temperatuur licht verhoogd. Dit bleef voortbestaan tot ook bij deze patiente den 12den dag p. o. onder toenemende temperatuursverhooging een groot exsudaat achter de stomp ontdekt werd. De gewone behandeling werd toegepast en 31 dagen p. o. was pat., die 's avonds altijd nog subfebriele temperatuur had, zoover dat zij met een klein exsudaat kon worden ontslagen. Eenige weken later ontlastte ook zij per vaginam de elastieken ligatuur met het afgebonden steelstuk er in.

Een veel ernstiger afloop had dezelfde operatie in N°. 56. Ook hier was in den eersten tijd de temperatuur wat verhoogd zonder evenwel ooit eene be-

denkelijke hoogte te bereiken, en eerst na den 18den dag p. o. bleef de avond-temperatuur, althans zoolang pat. in de inrichting was, constant beneden 37°,8. Toen pat. den 28sten dag ontslagen werd, klaagde zij nog over blaas-tenesmi. Zij had eene lichte cystitis gehad, die echter nagenoeg genezen was. Daarin en in de groote gevoeligheid der patiente zocht ik de oorzaak der blaaspijnen. Tehuis evenwel namen de pijnen toe, weldra trad de cystitis met nieuwe kracht op, de urine werd stinkend en eenigen tijd later kwam er urineuse uitvloeiing uit de vagina. Bij onderzoek bleek toen dat ook hier, onder zeer sluipende verschijnselen, de breede stomp afgestooten was. Deze had zich hier echter een weg door de blaas gebaand, en wel juist zoo, dat de onderste punt van de blaaswond in de fornix vaginae lag. Daardoor was het den medicus, mijn vriend Guldenarm, mogelijk per vaginam eerst het steelstuk, later de ligatuur te verwijderen. De vesico-vaginaal-fistel sloot zich weldra, doch bij patiente is sinds dien tijd eene calculosis vesicae ontstaan die, voor zoover ik weet, na een Wildunger kuur, ca. 5 maanden na de operatie gedaan, nog niet geheel verdwenen was.

Eindelijk ziet men onder aan de tabel eene serie van zes gecursiveerde gevallen. Deze hadden allen dit gemeen, dat bij het verwijderen der hechtingen bij elk der patienten ettering der steekkanalen bestond [1]). Niet van een enkel steekkanaal, zooals men dit betrekkelijk veelvuldig aan de onderste weinig door het verband beschutte hechtingen en nu en dan ook elders ziet gebeuren, doch van allen of bijna allen. In N°. 68 is het hierbij gebleven. Patiente kreeg wel na haar vertrek etterige afscheiding uit de vagina; doch verder hebben zich bij haar geen afwijkingen vertoond.

Bij de amputatio supravaginalis N°. 64 ontwikkelde zich in aansluiting daaraan eene buikwand-phlegmone en daarna nog een groot exsudaat om de stomp. Na 36 dagen kon pat. met nog niet genezen buikwand en nog met een klein infiltraat om de stomp ontslagen worden.

Na dezelfde operatie bij N°. 66 ontstond eveneens een matig groot exsudaat om de stomp, dat gelukkig snel op weg van resorptie kwam, zoodat patient den 33sten dag p. o. met een ca. kippeneigroot exsudaat kon ontslagen worden.

Veel grooter werd het exsudaat in N°. 67, waar na de supravaginale amputatie de temperatuursverhooging ook ernstiger was dan in de beide andere genoemde gevallen. De zwelling reikte hier tot aan den navel. De algemeene toestand van pat. leed zeer. Eerst na 71 dagen kon patient zonder exsudaat-resten ontslagen worden. Waarschijnlijk acht ik het dat in de drie laatstgenoemde gevallen de elastieken ligatuur nog zal worden uitgestooten.

Eindelijk staan nog gecursiveerd twee gevallen van ovariotomie. In beiden werd jodoformgaas-tamponnade der buikholte aangewend naar de bekende methode. Behalve eene buikwand-phlegmone kregen deze beide patienten een enorm infiltraat van het tampon-kanaal, welk infiltraat eveneens bij beiden veretterde en naar buiten doorbrak, resp. opengemaakt werd. Pat. N°. 63 werd na 42 dagen ontslagen met een geringe resistentie

---

[1]) Omtrent het al of niet bestaan van steekkanaal-ettering bij de andere patienten heb ik tot mijn spijt geen aanteekening gehouden.

ter plaatse van het vroegere intra-peritoneale absces. Bij N°. 65 ging het niet zoo goed. Daar bleef grootere resistentie over. Toen patient echter 10 dagen achtereen volkomen afebriel bleef en geen drukpijnlijkheid meer vertoonde, zag ik er geen bezwaar in haar te doen vertrekken. Pas t'huis, kreeg zij echter weer een recidive van de ontsteking in het tampon-kanaal, die na zeer dreigende verschijnselen van prikkeling van het peritoneum, ook weer tot doorbraak naar buiten in de oude opening voerde. Eenige dagen geleden werd mij gezonden een draadlus die uit de absces-opening naar buiten gekomen was. Patient was toen naar het scheen op weg van beterschap [1]).

Eindelijk staat onder aan de tabel, na drie glad genezen patienten, een geval van ovariotomie. Uitermate moeilijke operatie bij eene zeer cachectische oude vrouw. Het ongeveer vingerdikke peritoneum parietale werd eerst, doordat ik het voor den cysten-wand aanzag, naar beneden toe een heel eind losgepeld. Nadat de vergissing bemerkt was, moest de cyste geheel uitgepeld worden. Het zeer verdikte peritoneum viel niet samen. In den bodem der daardoor ontstane holte was eene vrij ernstige parenchymateuse bloeding. Aangezien de pols bijna niet meer voelbaar was, werd van andere pogingen tot bloedstelping afgezien en de holte met jodoformgaas getamponneerd. Eveneens werd een jodoformgaas-tampon in het opengemaakte cavum praeperitoneale gelegd. Bij de sluiting der buikwonde werden de twee jodoform-tampons door een paar hechtingen gescheiden, zoodat de extra-peritoneale zak geheel van den intra-peritonealen gescheiden was. Met kamfer-aether-injecties gelukte het pat. over den dreigenden collaps heen te brengen. Toen het pat. aldus vrij goed ging, besloot ik de tampons te laten liggen, daar het zeer verdikte peritoneum onmogelijk na de verwijdering kon samenvallen en het dus beter was de tampons te laten afkapselen (s. v. v.). Den zesden dag werden de tampons verwijderd en reeds toen kwam met beide tampons vrij veel en zeer stinkend vuil-etterig vocht mee. Draineer-buizen werden ingebracht, een paar dagen later, toen de stinkende afscheiding toenam, werden de holten uitgespoeld. Dit werd later nog eenige malen herhaald, doch te vergeefs. Onder matige temperatuursverhooging (tot andere was haar uitgeputte lichaam niet in staat) succombeerde patiente 25 dagen na de operatie.

Ziedaar de feiten, M.M. H.H. Nu de toelichting.

Die is mij duidelijk geworden na de serie van opeenvolgende slechte resultaten in het begin van September verkregen. Uit het u medegedeelde blijkt dat in al die gevallen heeft plaats gehad infectie door de gebruikte zijden draden. Vandaar de in al die gevallen waargenomen ettering uit de steekkanalen. Dit feit, door de oppervlakkige ligging der infecteerende draden gemakkelijk te constateeren, eenmaal vaststaande, geeft ons tevens de verklaring van de in de diepte om de draden opgetreden ontsteking en exsudaat-vorming.

Wij hebben dus te doen gehad, dat lijdt geen twijfel, met stoornissen

---

[1]) Einde Januari 1891, bijna 5 maanden p. o., bestond nog een c^a. 10 cM. diep, wijd fistel-kanaal. Nog drie draadlissen waren uit de wonde naar buiten gekomen. (Bij de correctie aangebrachte noot.)

in het wondverloop, en ernstige stoornissen ook, ten gevolge van wat ik met een enkel woord zal noemen: draad-infectie.

Daarbij heeft zich nog gevoegd in twee gevallen (63 en 65) ettering in het kanaal van den gebruikten jodoformgaas-tampon. Het doodelijk verloopen geval bespreken wij straks afzonderlijk.

Hoe is nu de draad-infectie en de infectie door den tampon tot stand gekomen?

Om die vraag te beantwoorden dient eerst gezegd te worden wie aan de draden en aan de tampons raken. Eene verpleegster is bij mijne laparotomieën uitsluitend bezig met de administratie der draden. Zij geeft de gechargeerde naalden direct aan mij. Voor zoover het de onderbindingsdraden geldt raakt daaraan verder alleen de assistent, die slechts de punten der draden vasthoudt en verder er niet aankomt.

Van de hechtingsdraden knoop ik de eerste serie diepliggenden zelf en verder worden de anderen door den assistent geknoopt.

Dezelfde verpleegster geeft mij den jodoformgaas-tampon aan, die verder door niemand wordt aangeraakt.

De infectie-kiemen, aan draden en tampons klaarblijkelijk voorhanden, moeten dus daaraan gekomen zijn óf door de verpleegster òf door mij. Tertium non datur.

Om dit punt tot eene goede oplossing te brengen kunnen nu de twee statistieken dienen. Zij dateeren n.l. uit verschillende ziekenhuizen. De eerste, waarop de slecht verloopen gevallen voorkomen, uit het Hôpital Wallon. De tweede, die uit het oogpunt der antisepsis bijna ideaal genoemd mag worden, uit het Universiteits-ziekenhuis.

De gebruikte zijde is in al de gevallen van dezelfde herkomst. De hoofdverpleegster van mijne afdeeling in het Ziekenhuis kookt de zijde ook voor de operaties in het Hôpital Wallon, en zendt de ingestoken hechtnaalden in een fleschje met 5°/₀ carbol naar het Hôpital. Daar ligt dan tevens bij eene rol dikke onderbindingszijde, die dus door de met de draad-administratie belaste verpleegster in het Hôpital Wallon wordt afgewikkeld en in de onderbindingsnaalden gestoken.

Nu blijkt uit de statistiek een zeer scherp geteekend verschil tusschen de resultaten ook reeds vroeger in beide inrichtingen verkregen. Dat verschil is mij eerst bij het neerschrijven der statistiek duidelijk geworden. Hadde ik vroeger geweten dat alleen de patienten van het Hôpital Wallon aan dergelijke misères blootstonden, ik zou dit onwillekeurig genomen klinisch experiment niet hebben voortgezet. A posteriori moet ik nu zeggen dat het gelukkig is, dat de kwade serie van September mij de oogen heeft geopend.

Juist voor den geincrimineerden tijd ontbreken echter de gevallen uit de statistiek van het Ziekenhuis.

Ik heb in dien tijd, vóór het begin van het geregeld onderwijs, weinig in het Ziekenhuis geopereerd. Maar toch genoeg om voor de verdere statistiek bewijs-materiaal bij te brengen. Ik heb n.l. op 3 October geopereerd het hier vroeger beschreven geval van lymphangiektatisch fibromyoom, dat naar de methode van Freund is verwijderd. En op 19 September de laparotomie verricht bij eene groote haematocele retro-uterina, waarbij jodoformgaas-tamponnade is aangewend. Zij zijn niet in de tabellen

opgenomen, omdat ik dergelijke operaties alleen in het Ziekenhuis heb gedaan en ik in de statistieken alleen vergelijkbare grootheden wilde plaatsen.

Deze beide uitermate moeilijke gevallen, die heel wat meer beteekenen dan eene eenvoudige myomotomie, zijn volkomen glad genezen en bewijzen dus zeker de voortreffelijkheid der in het Ziekenhuis genomen antiseptische maatregelen.

Verder is ook uit de andere statistiek nog een bewijs te trekken.

Toen ik met groote mate van waarschijnlijkheid reeds meende te weten dat de schuld in dezen aan de verpleegster in het Hôpital Wallon lag, heb ik zonder hare assistentie geopereerd en voor deze enkele malen, hoe bezwaarlijk dit ook ware, zelf de draden geadministreerd.

Het resultaat is zoo volkomen mogelijk bewijzend.

Alle drie gevallen zijn zonder eenige stoornis genezen (Nos. 69, 70 en 71).

Alleen het laatste geval der tabel maakt weer eene uitzondering. Daar is op de tamponnade ook ettering gevolgd, terwijl de tampons, tijdens de operatie, alleen waren aangeraakt door mij en door eene pleegzuster bij welke ik de desinfectie harer handen had gecontroleerd. Bij later navragen is mij gebleken dat de jodoformgaas-rol, waarvan de tampons afgewikkeld werden, opgerold en in orde gemaakt was door de hoofdverpleegster, welke ik wegens hare gebrekkige antisepsis niet meer liet assisteeren. Gaarne geef ik toe dat in de omstandigheden, waarvan in het gegeven ziekteverhaal gebleken is, zeker reeds eene gedeeltelijke oorzaak voor de profuse ettering te vinden is. Vooral geldt dit voor den intraperitonealen, veel minder echter voor den extra-peritonealen tampon. En al wil ik dus ook hier gaarne opnieuw het «in dubiis pro reo» aanvoeren en concludeeren dat verschillende oorzaken tot den noodlottigen afloop hebben medegewerkt, toch meen ik dat uit die oorzaken de gebrekkige antisepsis, waarmede de tampon behandeld is, niet mag worden weggelaten.

Het staat in elk geval vast, ook al laten wij de laatste waarneming buiten rekening, dat de oorzaak der ongelukkige serie van begin September te zoeken is bij de hoofdverpleegster van het Hôpital Wallon.

En ik herhaal het nog eens: uit de vergelijking der statistische tabellen verkrijgt men goeden grond om aan diezelfde oorzaak ook de vroeger sporadisch voorgekomen ongelukkige gevallen te wijten.

Er rest mij nog slechts een punt ter bespreking, en wel of het mogelijk is om aanwijzing te geven van de fouten, door de bedoelde verpleegster bij de toepassing der antisepsis begaan.

Op deze vraag is het antwoord in hoofdzaak slechts in algemeenen zin te geven. Daarna kunnen nog enkele bijzonderheden met name genoemd worden ter meerdere verduidelijking.

De hoofdverpleegster in kwestie behoort tot dat betrekkelijk niet zeldzame soort van personen, die *nooit* behoorlijk de antisepsis leeren toepassen. Komt dit omdat zij daarvoor te weinig ontwikkeld zijn? Geenszins; noch ten opzichte der algemeene, noch ten opzichte der speciaal medische ontwikkeling geldt deze reden gewoonlijk. Men ziet toch herhaaldelijk zelfs medici, en overigens goede medici, die niet zoover kunnen komen dat zij volkomen de antisepsis leeren toepassen. Waarschijnlijk ligt dit hieraan, dat zij geen zin hebben voor de «preciesheden» waarvan

de nauwkeurige antisepsis aan elkaar hangt. Komt bij dit gebrek in den natuurlijken aanleg nu nog gebrekkige kennis van de principes der antiseptische wondbehandeling, dan is natuurlijk de zaak van twee zijden bedorven.

Zoo schijnt mij ook in dit geval de toestand te zijn.

In algemeene ontwikkeling staat de bedoelde hoofdverpleegster zeker niet alleen gelijk met de meeste, doch zeker hooger dan vele van hare zusteren. Haar medische ontwikkeling, of wil men liever het resultaat van hare speciale opleiding is echter zeer defectueus. Dit moge b.v. hieruit blijken, dat als zij tijdens eene operatie ten gevolge van overmatigen en misplaatsten ijver, hare plaats bij de draden verlaat om de tafel te helpen verzetten of iets dergelijks, zij daarna even de handen in de sublimaat-oplossing stopt, alsof het wijwater ware, dat door een oogenblikkelijk contact den geloovige voldoende behoedt.

In dergelijke schijnbare kleinigheden blijkt het gebrek in beide genoemde richtingen. Gebrek in den natuurlijken aanleg, waardoor de persoon in kwestie niet begrijpt dat het «ago quod ago» het eenig richtsnoer moet zijn voor wie iets goeds wil doen. Gebrek in de medische opleiding, daar haar klaarblijkelijk de beteekenis der antisepsis niet in merg en been is doorgedrongen.

Gij begrijpt M.M. H.H., hoe bij een dergelijk iemand de gelegenheid tot het propageeren van infectie voor de hand ligt (om niet te zeggen aan de hand zit). Wanneer zulk eene hoofdverpleegster bij eene laparotomie de onderbindingsdraden moet insteken en bovendien, zooals de bedoelde, de eigenaardige gewoonte heeft ingestoken hechtingsdraden, als zij die aangeeft, regelmatig nog eens tusschen duim en wijsvinger te halen, zooals de schoenmaker zijn draad langs het pek trekt, dan is de zaak volkomen duidelijk. Èn de draad, die over de geheele lengte door hare vingers gehaald wordt, èn de jodoformgaas-tampon, dien zij afrolt, kan de infectie-bron opleveren, waaruit stoornissen als de door mij beschrevene voortvloeien.

Als eind-conclusie van deze mededeeling zou ik willen citeeren en op de antisepsis toepassen, de woorden van den volksdichter:

Wat ge ook doet,
Doe het niet, of doe het goed.

TABEL I.

Nº.	Datum der operatie.	Aard der operatie.	Overleden na:	Genezen ontslagen na:	Aanmerkingen.
1	8 Maart 1888.	Castratie.		12 dagen.	Onder behandeling gebleven wegens ischias.
2	31 „ „	Ovariotomie.		19 „	
2	3 Mei „	„		21 „	
4	6 „ „	Amp. uteri supravag.		21 „	
5	9 Juni „	Salpingotomie.		20 „	
6	30 Aug. „	*Amp. uteri supravag.*		21 „	Elastieken ligatuur circa 8 weken na ontslag uitgestooten.
7	6 Sept. „	Amp. uteri supravag.		23 „	
8	13 „ „	„ „ „ „		19 „	
9	23 „ „	Ovariotomie.		21 „	
10	30 „ „	Amp. uteri supravag.		20 „	
11	12 Oct. „	Ovariotomie.		21 „	
12	25 „ „	Amp. uteri supravag.		25 „	Buikwand-phlegmone.
13	4 Nov. „	„ „ „ „		21 „	
14	8 „ „	Salpingotomie.		19 „	
15	11 „ „	Amp. uteri supravag.		20 „	
16	9 Dec. „	„ „ „ „	24 uur.		Collaps. z. Ned. T. v. Verlosk. en Gyn. I p. 31.
17	10 Jan. 1889.	„ „ „ „		24 „	
18	3 Feb. „	Salpingotomie.		22 „	
19	27 „ „	Myomotomie.		20 „	
20	1 Maart „	*Ovariotomie.*		59 „	Groot exsudaat achter en links van uterus (zie tekst).
21	5 April „	Amp. uteri supravag.		27 „	
22	9 „ „	„ „ „ „		21 „	
23	10 „ „	Ovariotomie.		20 „	
24	1 Mei „	*Amp. uteri supravag.*		21 „	Tehuis onmiddellijk ziek geworden (zie tekst).
25	7 „ „	*Amp. uteri supravag.*		40 „	Groot exsudaat achter stomp. Deze later met ligatuur uitgestooten (zie tekst).
26	9 „ „	Ovariotomie.		20 „	
27	16 „ „	*Amp. uteri supravag.*		21 „	Tehuis ligatuur uitgestooten.
28	22 „ „	Salpingotomie.		17 „	Verder t'huis verpleegd.
29	30 „ „	Amp. uteri supravag.		21 „	
30	30 „ „	Ovariotomie.		21 „	
31	30 Juni „	Salpingotomie.		20 „	
32	6 Juli „	Amp. uteri supravag.		21 „	
33	26 Aug. „	Ovariotomie.		21 „	
34	2 Sept. „	Amp. uteri supravag.		22 „	
35	4 „ „	„ „ „ „		20 „	
36	19 „ „	Ovariotomie.		20 „	
37	25 „ „	Ventrofixatie.		20 „	
38	28 „ „	Amp. uteri supravag.		24 „	
39	28 „ „	„ „ „ „		22 „	
40	3 Oct. „	Ovariotomie.		21 „	
41	31 „ „	Castratie.		22 „	
42	31 „ „	Amp. uteri supravag.		25 „	
43	3 Nov. „	Ovariotomie.		21 „	
44	9 „ „	Salpingotomie.		21 „	
45	17 „ „	Ovariotomie.		21 „	
46	17 „ „	Amp. uteri supravag.		22 „	
47	20 „ „	Ventrofixatie.		19 „	
48	23 „ „	Salpingotomie.		19 „	
49	8 Dec. „	Amp. uteri supravag.		21 „	
50	20 „ „	„ „ „ „		19 „	

N°.	Datum der operatie.	Aard der operatie.	Overleden na:	Genezen ontslagen na:	Aanmerkingen.
51	1 Jan. 1890.	*Amp. uteri supravag.*		31 dagen.	Exsudaat om stomp, deze later met ligatuur uitgestooten (zie tekst).
52	10 Febr. "	Ovariotomia partialis.	36 uur.		Collaps.
53	21 " "	Amp. uteri supravag.		21 "	
54	22 " "	Ovariotomie.		24 "	
55	13 Maart "	"		20 "	
56	9 April "	*Amp. uteri supravag.*		28 "	Tehuis stomp met ligatuur door de blaas uitgestooten (zie tekst).
57	9 " "	Amp. uteri supravag.		21 "	
58	17 " "	" " " "		30 "	
59	14 Mei "	Ovariotomie.		23 "	
60	17 " "	Salpingotomie.		25 "	Tehuis multipele buikwand-abscessen (zie tekst).
61	18 Juni "	Amp. uteri supravag.		28 "	
62	18 Juli "	Ovariotomiapartialis.		21 "	
63	5 Sept. "	*Ovariotomie.*		42 "	Buikwand-phlegmone, tamponkanaal veretterd (zie tekst).
64	6 " "	*Amp. uteri supravag.*		36 "	Buikwand-phlegmone. Groot infiltraat om stomp (zie tekst).
65	6 " "	*Ovariotomie.*		47 "	Buikwand-phlegmone, tamponkanaal veretterd, t'huis nog (17 Dec.) onder behandeling (zie tekst).
66	11 " "	*Amp. uteri supravag.*		33 "	Groot infiltraat om stomp (zie tekst).
67	11 " "	*Amp. uteri supravag.*		71 "	Groot infiltraat om stomp (zie tekst).
68	18 " "	*Amp. uteri supravag.*		21 "	Ettering van *alle* steekkanalen.
69	28 " "	Amp. uteri supravag.		29 "	
70	11 Oct. "	Ovariotomie.		21 "	
71	11 " "	"		21 "	
72	14 " "	*Ovariotomie.*	25 dagen.		Langdurige ettering (zie tekst).

TABEL II.

Nº.	Datum der operatie.	Aard der operatie.	Overleden na:	Genezen ontslagen na:	Aanmerkingen.
1	31 Jan. 1887.	Ovariotomie.		23 dagen.	
2	1 Febr. „	„		23 „	
3	14 „ „	Amp. uteri supravag.		21 „	
4	1 Maart „	Ovariotomie.		22 „	
5	18 „ „	Myomotomie.		21 „	
6	21 „ „	Ovariotomie.		21 „	
7	28 Mei „	„	36 uur		Bloeding uit stomp (zie tekst).
8	2 Juni „	„		28 „	
9	14 „ „	„		30 „	
10	24 Aug. „	„		26 „	
11	3 Sept. „	Amp. uteri supravag.		54 „	Extraperitoneale steelbehandeling (dit tijdschrift I p. 28).
12	8 „ „	Ovariotomie.		39 „	Darm aangesneden en gehecht. Darm-fistel.
13	26 „ „	„		30 „	
14	21 Oct. „	Castratie.	9 dagen		Ileus (zie tekst).
15	7 Nov. „	Ovariotomie.		19 „	
16	7 Dec. „	„		21 „	
17	19 „ „	„		28 „	
18	27 April 1888.	Salpingotomie.		25 „	
19	8 Mei „	Ovariotomie.			In behandeling gebleven in interne kliniek wegens carcinosis peritonei. Wondgenezing ongestoord (zie tekst).
20	19 „ „	„		21 „	
21	21 „ „	„		21 „	
22	16 Juni „	„		22 „	
23	30 „ „	„		35 „	Cystitis, bronchitis.
24	12 Sept. „	„		22 „	
25	12 „ „	„		22 „	
26	29 „ „	Amp. uteri supravag.		22 „	
27	17 Oct. „	Ovariotomie.		25 „	
28	5 Nov. „	Salpingotomie.	42 uur		Peritonitis (zie tekst).
29	8 „ „	Amp. uteri supravag.		20 „	
30	15 „ „	Myomotomie.		21 „	
31	14 „ „	Ovariotomie.		21 „	
32	8 Dec. „	„		19 „	
33	12 „ „	„		31 „	Onder behandeling gehouden; galvanisatie van fibromyoma uteri.
34	12 „ „	Amp. uteri supravag.	6 dagen		Ileus (zie tekst).
35	23 Jan. 1889.	Salpingotomie.		21 „	
36	28 „ „	Ovariotomia partialis.	ca. 24 uur		Collaps (zie tekst).
37	28 „ „	Amp. uteri supravag.	4 dagen		Doodsoorzaak zie Bulletins et Mem. de la Soc. Obst. et Gyn. de Paris, 1890 p. 195, 4e geval.
38	8 Febr. „	Ovariotomie.		20 „	
39	17 „ „	Salpingotomie.		22 „	
40	1 Maart „	„		21 „	
41	3 April „	Ovariotomie.	2 dagen		Darm-gangraen.
42	8 „ „	Amp. uteri supravag.		21 „	
43	17 „ „	Ovariotomie.		22 „	
44	17 „ „	Amp. uteri supravag.		21 „	Achter stomp klein infiltraat. Holte in lig. latum was getamponeerd.
45	17 „ „	Ovariotomie.		22 „	
46	13 Mei „	Salpingotomie.		21 „	Klein exsudaat achter uterus.

N°.	Datum der operatie.	Aard der operatie.	Overleden na:	Genezen ontslagen na:	Aanmerkingen.
47	1 Juni 1889.	Salpingotomie.		21 dagen.	
48	21 " "	Ovariotomie.		21 "	
49	21 " "	"		21 "	
50	26 " "	"		22 "	
51	5 Juli "	Amp. uteri supravag.		21 "	
52	5 " "	" " " "		21 "	
53	21 Sept. "	Ovariotomie.	3 uur		Collaps. Operatie bijna in agone.
54	21 " "	"		20 "	
55	21 " "	Salpingotomie.		21 "	
56	21 " "	"		21 "	
57	21 " "	"		21 "	
58	21 " "	Ovariotomie.		45 "	16 dagen p. o. toen pat. reeds twee dagen opzat, koorts, onduidelijk ziektebeeld, typhus? 45 dagen p. o. naar inw. kliniek. Daar genezen. In bekken geen afwijkingen.
59	1 Oct. "	Ventrofixatie.		23 "	
60	12 " "	Salpingotomie.		20 "	
61	12 " "	Amp. uteri supravag.		22 "	
62	12 Nov. "	" " " "		44 "	Haematoom in slappen buikwand ter plaatse waar een hechting was losgegaan.
63	12 " "	Salpingotomie.		23 "	
64	20 " "	Ovariotomie.		23 "	
65	30 " "	"		21 "	
66	27 Jan. 1890.	Amp. uteri supravag.		46 "	Decubitus, anaemie.
67	3 Feb. "	Ventrofixatie.		22 "	
68	21 " "	Amp. uteri supravag.		21 "	
69	22 " "	Salpingotomie.		21 "	
70	3 Maart "	Ovariotomie.		20 "	
71	10 " "	"		21 "	
72	10 " "	"		21 "	
73	13 " "	Salpingotomie.		21 "	
74	26 " "	"		21 "	
75	28 " "	Ovariotomie.		21 "	
76	12 April "	Amp. uteri supravag.		21 "	
77	12 " "	Ovariotomie.		21 "	
78	14 " "	Ventrofixatie.		21 "	
79	21 " "	Ovariotomie.		39 "	17 Mei. Exstirpatie van twee vaginaalcysten.
80	23 " "	Amp. uteri supravag.		21 "	
81	19 Mei "	" " " "		20 "	
82	31 " "	Ovariotomie.		21 "	
83	21 Juni "	"		21 "	
84	25 Oct. "	"		28 "	